bedrijfsondersteunende decartementen

Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

Rapport final

'Tour d'horizon du travail social: développement d'un instrument de gestion dans le travail social en hôpital'

Patricia Fruyt
Griet De Bodt
Isabel Vantwembeke
Martine Smaers
Véronique Van Bever
Tamara Paternostre

31 mars 2010

TABLE DES MATIERES

AVANT-PROPOS 5

CHAPITRE 1: PROBLEMATIQUE ET OBJECTIF 6

CHAPITRE 2: COMPOSITION ET SUIVI DES EQUIPES DE RECHERCHE 8

CHAPITRE 3: ORGANISATION GLOBALE DE L'ENQUÊTE 12

CHAPITRE 4: ORGANISATION ET REALISATION DE L'ENQUÊTE 14

1. PHASE 1: INVENTAIRE DES ACTIVITES DE TRAVAIL SOCIAL 14

1.1 Hôpitaux universitaires (HU) 14
1.1.1 HU participants 14
1.1.2 Description 15

1.2 Hôpitaux généraux (HG) 16
1.2.1 Sélection du groupe test 16
1.2.2 Caractéristiques des HG participants 17
1.2.2.1 Nombre de lits agréés 17
1.2.2.2 Nombre d'équivalents temps plein (ETP) 17
1.2.2.3 Fonction des répondants 18
1.2.3 Description 18

2.PHASE 2: DETERMINATION DE L'IMPORTANCE, DE LA FREQUENCE ET DE LA DUREE DES ACTIVITES DE TRAVAIL SOCIAL (HOPITAUX UNIVERSITAIRES) 20

2.1 Préparation de la deuxième phase 20
2.1.1 Regroupement des activités en tâches clés et élaboration du manuel 20
2.1.2 Test des travailleurs sociaux 23
2.1.1.1 Description 23
2.1.1.2 Participation au test 26
2.1.1.3 Taux de concordance 27

2.2 Détermination de l'importance des activités de travail social 28
2.2.1 Description 28
2.2.2 Participation des travailleurs sociaux des hôpitaux universitaires 30

2.3 Enregistrement de la fréquence et de la durée des activités de travail social 31
2.3.1 Description 31
2.3.2 Justification de la méthodologie utilisée 32
2.3.3 Participation des travailleurs sociaux des hôpitaux universitaires 35

CHAPITRE 5: RESULTATS ET ANALYSE DE L'ETUDE 36

1. RESULTATS DE L'INVENTAIRE DES ACTIVITES DU TRAVAIL SOCIAL 36

1.1 Hôpitaux universitaires en Belgique 36
1.2 Hôpitaux généraux en Belgique 43

2. RESULTATS DU QUESTIONNAIRES SUR L'IMPORTANCE 50

1.1 Introduction 50
1.2 Commentaires des principales activités-clés dans le contexte de travail actuel et idéal 50
1.3 Analyse des activités-clés les moins importantes dans le contexte de travail actuel et idéal 67

3. RESULTATS DE L'ENREGISTREMENT DE LA FREQUENCE ET DE LA DUREE 77

3.1 Aperçu du nombre d'enregistrements et normalisation des données 77
3.2 Résultats de l'enregistrement de la fréquence de la durée des activités-clés 79

CHAPITRE 6: CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS 92

CHAPITRE 7: BIBLIOGRAPHIE 96

CHAPITRE 8: ANNEXES 99

ANNEXE 1 DESCRIPTION DU PERSONNEL ATTACHE A CETTE MISSION AVEC FORMATION, TYPE DE CONTRAT, ANCIENNETE, QUALIFICATIONS PERTINENTES 100

ANNEXE 2 APERCU DE L'INVENTAIRE DES ACTIVITES DU TRAVAIL SOCIAL 102

ANNEXE 3 LETTRE ET TALON D'INSCRIPTION DES HOPITAUX PARTICIPANTS 120

ANNEXE 4 CAS DE PATIENTS UTILISES LORS DE L'EVALUATION DU TRAVAILLEUR SOCIAL INDIVIDUEL 124

ANNEXE 5 DOCUMENT D'ENREGISTREMENT UTILISE LORS DE L' EVALUATION DU TRAVAILLEUR SOCIAL INDIVIDUEL 132

ANNEXE 6 MODE D'EMPLOI TACHES PRINCIPALES LIEES AU TRAVAIL SOCIAL EN MILEU HOSPITALIER 135

ANNEXE 7 PROCEDURE A SUIVRE POUR L'ENREGISTREMENT DE LA FREQUENCE ET DE LA DUREE UZ BRUSSEL, UZ GENT ET UZ LEUVEN 148

ANNEXE 8 PROCEDURE A SUIVRE POUR L'ENREGISTREMENT DE LA FREQUENCE ET DE LA DUREE UZ ANVERS 151

ANNEXE 9 BROUILLON DU DOCUMENT D'ENREGISTREMENT 154

ANNEXE 10 RESULTATS DE L'INVENTAIRE DES ACTIVITES DE TRAVAIL SOCIAL DANS LES HOPITAUX UNIVERSITAIRES 158

ANNEXE 11 RESULTATS DE L'INVENTAIRE DES ACTIVITES DE TRAVAIL SOCIAL DANS LES HOPITAUX GENERAUX 161

ANNEXE 12 FACTEURS D'INFLUENCE QUESTIONNAIRE CONCERNANT L'IMPORTANCE 164

ANNEXE 13 RESULTATS DE L'ENREGISTREMENT DE LA FREQUENCE ET LA DUREE BELGIQUE 167

ANNEXE 14 RESULTATS DE L'ENREGISTREMENT DE LA FREQUENCE ET LA DUREE PARTIE NEERLANDOPHONE DU PAYS 172

ANNEXE 15 RESULTATS DE L'ENREGISTREMENT DE LA FREQUENCE ET LA DUREE PARTIE FRANCOPHONE DU PAYS 178

AVANT-PROPOS

Ce document est l'occasion pour, les équipes de recherche de l'UZ Gent et de l'Hôpital Erasme à Bruxelles de remercier plusieurs personnes qui ont apporté une contribution importante à la réalisation du rapport final 'Tour d'horizon du travail social: développement d'un instrument de gestion dans le travail social en hôpital'.

En premier lieu, nous souhaitons adresser aux responsables des services sociaux des hôpitaux universitaires belges ainsi qu'aux membres des groupes directeurs quelques mots de remerciement pour leur apport de fond, leurs réflexions, leur soutien, leur suivi et leur engagement permanent de/pour la recherche. Sans les moments intensifs de concertation et leur contribution à l'organisation et au déploiement de la recherche, nous n'aurions pas pu atteindre ce résultat final. Dans le même temps, nous adressons des remerciements tout particuliers à tous les travailleurs sociaux au sein des hôpitaux universitaires qui, à chaque fois, n'ont pas hésité à partager leurs connaissances, expériences et visions et ont également permis, de cette manière, de respecter l'échéance.

De surcroît, nous exprimons également notre gratitude aux personnes de contact/responsables du service social des hôpitaux généraux pour leur participation volontaire à l'étude.

Par ailleurs, nous souhaitons particulièrement remercier le Professeur Defloor, Ugent, pour ses conseils et son soutien méthodologique.

Enfin, nous tenons à faire part de nos remerciements au SPF Santé Publique et Environnement pour la réalisation de l'étude et, en particulier, à son coordinateur, Jelle Osselaer, pour le suivi du processus.

CHAPITRE 1: PROBLEMATIQUE ET OBJECTIF

A ce jour, il manque toujours une vision, un financement, une normalisation et une reconnaissance clairs à propos du travail social en hôpital.

A partir du groupe de travail "Service social en hôpital", instauré et organisé au sein du SPF Santé Publique et Environnement, une note consultative "Le service social en hôpital" a été adressée au Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique. Ce groupe de travail a été réinstauré début 2009 et a pris l'initiative de cadrer le travail social, d'indiquer les points problématiques et de proposer des pistes d'action. La mission du service social s'avère également ne pas être décrite de manière uniforme. Par conséquent, le recensement des attributions constitue une étape de base essentielle pour parvenir à une description réaliste des tâches (= reprise dans la note consultative comme point d'action). Par ailleurs, la visualisation des activités du travail social est nécessaire pour parvenir à l'objectif final de développer un instrument de gestion du travail social en hôpital.

Tant les travailleurs sociaux[1] que les dirigeants éprouvent le besoin de définir des critères clairs et objectifs à propos de la problématique d'attribution des moyens disponibles dans le contexte complexe du travail social en hôpital. L'attribution de travailleurs sociaux à certains services, certaines fonctions de l'hôpital, certains programmes de soins, des conventions de l'INAMI, affectations, etc. doit être effectuée avec soin (à la fois sur la base de critères quantitatifs et qualitatifs).

L'élaboration d'une telle mesure de la charge de travail pour le travail social en est encore à ses balbutiements en Belgique. Des études relatives à la classification et la mesure de la durée des activités du travail social dans notre pays n'ont pas été retrouvées dans la littérature. Naturellement, des initiatives (cfr sondage des services sociaux en hôpital à partir du Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement en 2000) ont déjà été prises et il existe des ouvrages de base/livres pour décrire le travail social (notamment, méthodologie du travail social, principales tâches dans les différents secteurs, etc. cfr littérature, chapitre 7).

Si nous dépassons les frontières de notre pays, Norma Raynes[2] s'est déjà demandé dans les années 80 au Royaume-Uni comment le travail social devait être décrit et évalué. Elle a tenté d'élaborer un système de classification pour mieux comprendre ce que font effectivement les travailleurs sociaux. Dans cette étude - plutôt limitée, deux travailleurs sociaux, attachés à un centre de santé et aux autorités locales, ont été observés pendant 10 jours (observateur indépendant). Au total, 82 situations de clients ont été analysées et reprises dans l'étude. Pour parvenir à une sorte de classification, la travail social a été réparti en trois grandes parties : d'une part, les activités (9), d'autre part, l'objectif (17) des activités et, enfin, le thème (17) dont relève cette activité. Les chercheurs ont développé un système pour analyser le travail social. Cette classification peut être utilisée pour les formes d'enseignement et les objectifs de management. La classification utilisée s'est cependant avérée peu applicable pour notre objectif, à savoir recenser les activités du travail social en hôpital.

[1] Dans ce rapport final, le terme travailleur social est utilisé. Il couvre à la fois les assistants sociaux et les infirmiers sociaux .

[2] Raynes, N.V., Winny, J. et Mulgrew, K., What Do Social Workers Do? A Method for Classifying Social Workers' Activities, The British Association of Social Workers, 1982, 12, 353-362.

En parallèle, Davis et coll.[3] ont également effectué des recherches en Australie sur le rôle du travailleur social dans l'hôpital. Les activités de 22 travailleurs sociaux y ont été étudiées dans un grand hôpital public de Sydney. Une première partie consiste en une étude d'une compilation de données (base de données statistique) par des travailleurs sociaux. Dans la partie 2, on a sélectionné aléatoirement trois nouveaux patients par travailleur social équivalent temps plein. Ces patients ont été suivis pendant trois mois. Helen Cleak[4] souligne également la nécessité de décrire le travail social et de réunir des informations uniformes à propos de la catégorie professionnelle. L'article décrit plusieurs classifications et codes développés pour le travail social en Australie. Cependant, ceux-ci sont généralement considérés dans une seule perspective du travail social et traduisent incomplètement l'étendue du domaine. C'est ainsi que l'article évoque par exemple la PIE ou 'person-in-environment' comme langue. Ce modèle conceptuel, pour recenser les problèmes clients/patients, est cependant limité aux problématiques psychiatriques adultes. Par ailleurs, la classification n'est pas liée à l'intervention en soi. Des études complémentaires ont également été financées par les instances publiques australiennes pour développer une sorte de jeu de données minimal, une classification des activités et des codes.

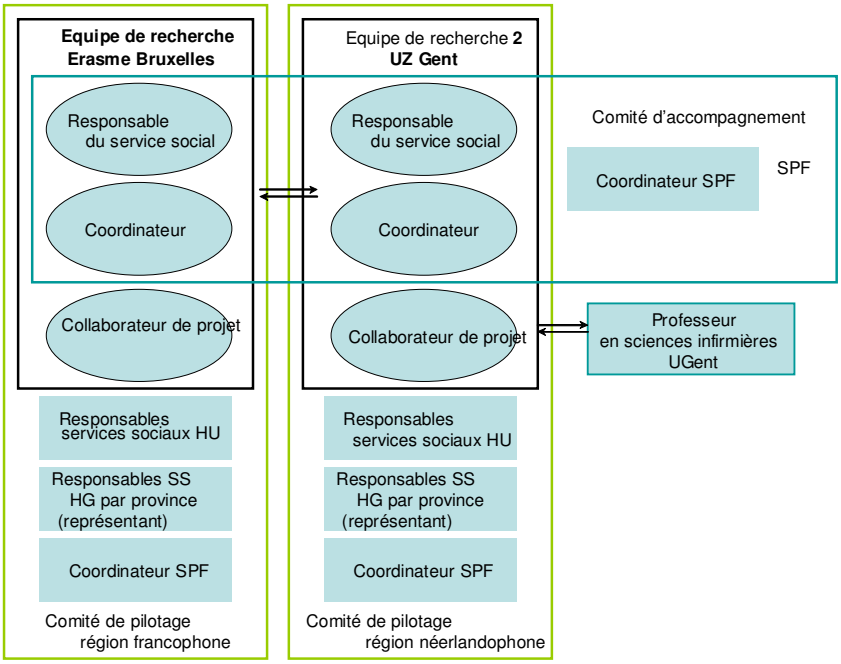
S'ils sont pertinents, les résultats de ces études seront mis en relation avec les résultats obtenus dans l'étude décrite ci-dessous.

[3] Davis, C. et al, Defining the role of the hospital social worker in Australia, International Social Work, 2004, 47 (3), 346-358.

[4] Cleak, H., A model of social work classification in health care, Australian Social Work, March 2002, 55:1, 38-49.

CHAPITRE 2 : COMPOSITION ET SUIVI DES ÉQUIPES DE RECHERCHE

Dans ce chapitre, nous décrirons la composition des équipes de recherche et leur mission de suivi. Leur organisation peut être schématisée comme suit :



La teneur de l'enquête a tout d'abord été définie et suivie par deux équipes de recherche composées chacune du responsable du service social, d'un coordinateur régional et d'un collaborateur de projet. Les deux équipes se sont étroitement concertées durant toute la durée du processus.

- Equipe de recherche 1 : Erasme Bruxelles
  - Responsable du service social : Martine Smaers
  - Coordinateur : Véronique Van Bever
  - Collaborateur de projet : Tamara Paternostre
- Equipe de recherche 2 : UZ Gent
  - Responsable du service social et chef de projet : Patricia Fruyt
  - Coordinateur : Griet De Bodt
  - Collaborateur de projet : Isabel Vantwembeke

Le rôle et les responsabilités des différents membres des équipes de recherche sont explicités ci-dessous.

Au sein des équipes de recherche, les **responsables des services sociaux** étaient chargés du suivi général, de l'ajustement et de l'évaluation de l'enquête (= pilotage du projet). Ils ont en outre contribué à la rédaction et à l'approbation des documents, rapports et instruments. La

résolution des éventuelles difficultés rencontrées dans le courant de l'enquête faisait également partie de leurs tâches. Il leur incombait également d'exposer l'objectif de l'enquête et de sensibiliser le personnel au sein de leur hôpital. Ils devaient enfin assumer l'examen et la communication des différentes phases de l'enquête et de ses résultats. Le projet a été réalisé sous la direction de Patricia Fruyt, chef de projet de l'UZ Gent (cf. article 7 de l'accord sur les spécifications du projet).

Les **coordinateurs régionaux** ont servi d'interlocuteurs aux responsables de services et aux hôpitaux participants. Ils étaient responsables de l'organisation, de la coordination et du suivi du projet. Ils assuraient la communication avec le groupe d'utilisateurs au sein de leur hôpital et, le cas échéant, dans les autres hôpitaux. Ils rapportaient les résultats intermédiaires au comité de pilotage. Ils se sont également occupés du traitement et de l'analyse des résultats. Le coordinateur de l'UZ Gent, en collaboration avec le collaborateur de projet, s'est aussi personnellement chargé du travail préparatoire à l'élaboration de la proposition et de la fiche de projet, des questionnaires, du manuel, des tableaux analytiques et des autres instruments, ainsi que des recherches bibliographiques.

Les **collaborateurs de projet** ont assisté les coordinateurs régionaux dans l'élaboration, l'organisation et le suivi de l'enquête.

Dans un deuxième temps, **deux comités de pilotage** (un pour chaque région) ont été mis en place. Ces comités se composaient des membres des équipes de recherche susmentionnés, ainsi que des personnes suivantes : les responsables des services sociaux des hôpitaux universitaires (HU), les responsables des services sociaux des hôpitaux généraux (HG) (un représentant par province) et le coordinateur du SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement.

- Comité de pilotage partie francophone du pays:[5]
    - Equipe de recherche 1
    - Responsables des services sociaux des hôpitaux universitaires
        - Jean Desbeek , Cliniques Saint-Luc, Bruxelles
        - Pascale Lambert, CHU Sart Tilman, Liège
    - Responsables des services sociaux des hôpitaux généraux (un représentant par province)
        - Begonia Cainas, Hôpital Saint-Pierre, Bruxelles (réseau IRIS)
        - Valentine Musette, Hôpital Brugmann, Bruxelles (réseau IRIS)
        - Nelson Guerreiro, Clinique de Mont-Godinne
        - Laurence Sensie, Centre Hospitalier de Jolimont
        - Jetta Palmans, Cliniques de l'Europe (hôpitaux bi-communautaires de Bruxelles)
        - Jean-François De Waele, clinique Saint-Pierre, Ottignies (contacté mais absent)
    - Coordinateur SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement : Jelle Osselaer

[5] Dates réunion comité de pilotage francophone : 25/08/2009

- Comité de pilotage partie néerlandophone du pays :[6]
    - Equipe de recherche 2
    - Responsables des services sociaux des hôpitaux universitaires
        - Miranda Vandewiele, UZ Antwerpen
        - Maurice Vilrokx, UZ Brussel
        - Lieve Vanderlinden, UZ Leuven

    - Responsables des services sociaux des hôpitaux généraux (un représentant par province)
        - Dirk Aerts, Imelda ziekenhuis Bonheiden
        - Tom Baert, AZ Nikolaas Sint-Niklaas Kortrijk
        - Ria Cnuts, AZ Vesalius Tongeren
        - Luc Desmet, AZ Groeninge
        - Stefaan Desmet, Heilig Hartziekenhuis Roeselare - Menen
        - Renilde Foulon, Heilig Hart Leuven
        -
    - Coordinateur du SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement : Jelle Osselaer

Le rôle et les responsabilités des **équipes de recherche** ont été précédemment décrits. Ceux des **responsables des services sociaux des HU** sont comparables à ceux des responsables des services sociaux de l'UZ Gent et de l'hôpital Erasme, à la différence qu'ils ne portent pas sur le pilotage du projet ni sur la direction générale de l'enquête. Ces responsables ont supervisé l'organisation, la coordination et le suivi du projet au sein de leur propre hôpital. Ils ont assuré la communication avec les travailleurs sociaux et leur direction. Ils ont en outre contribué à la rédaction et à l'approbation des documents, rapports et instruments. Il leur incombait également d'exposer l'objectif de l'enquête et de sensibiliser le personnel au sein de leur hôpital. Ils devaient enfin assumer l'examen et la communication des différentes phases de l'enquête et de ses résultats.

Les **responsables des services sociaux des HG** ont partagé leur « expérience du travail social » et ont contribué à définir le contenu des clusters d'activités, du manuel… Ils ont également assumé le suivi global de l'enquête et ont émis des avis sur l'approche, les documents préparatoires, les questionnaires, le calendrier… Ils ont enfin accepté de présenter le concept de l'enquête dans leur hôpital et d'encourager la discussion à ce sujet à différents niveaux.

Pour le soutien méthodologique et le suivi scientifique de l'enquête, nous avons fait appel au professeur Tom Defloor, du Vakgroep Maatschappelijke Gezondheidskunde de l'Universiteit Gent (UGent).

Enfin, un **comité d'accompagnement[7] issu du SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement** a été instauré dans le but de réaliser les tâches contractuelles suivantes :

[6] Dates de réunion du comité de pilotage néerlandophone : 19/05/09, 23/09/09 et 18/01/10. Un grand nombre de réunions préparatoires ont par ailleurs été organisées avec les responsables des services sociaux des HU en vue de garantir l'organisation pratique, le suivi et l'ajustement de l'enquête.

- relayer les directives du Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique susceptibles d'avoir un impact sur l'enquête en cours ou ses objectifs ;
- faciliter les relations et le transfert des données vers les différents services du SPF ;
- superviser l'état d'avancement des travaux ;
- coordonner l'enquête avec les autres initiatives ayant un thème similaire et/ou complémentaire.

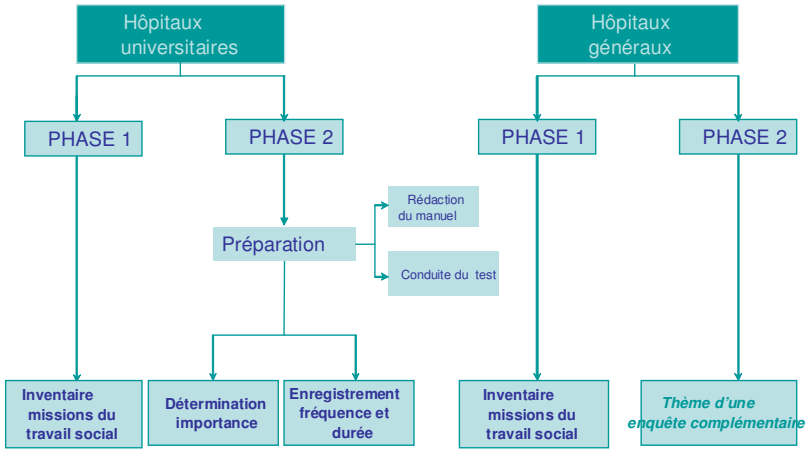
Le coordinateur (personne de contact) au sein du SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement est Jelle Osselaer.

[7] Dates des réunions : 26/03/2009, 11/06/2009, 01/10/2009 et 21/01/2010

CHAPITRE 3 : ORGANISATION GLOBALE DE L'ENQUÊTE

Dans ce chapitre, nous nous penchons de plus près sur l'organisation globale de l'enquête, telle qu'elle sera décrite dans la suite de ce rapport final.

Le déroulement de l'enquête est schématisé ci-dessous.



Dans le chapitre 4, nous décrirons l'organisation et la réalisation de l'enquête. Celles-ci comprennent deux grands volets.

La première phase de l'enquête a consisté à **dresser l'inventaire des activités de travail social à l'hôpital** (point 1). Pour les hôpitaux universitaires (1.1), nous précisons les différents taux de participation et décrivons la démarche adoptée. Pour les hôpitaux généraux (1.2), nous expliquons la procédure de sélection et les caractéristiques du groupe test et décrivons l'organisation et la réalisation de l'enquête.

Le chapitre 4 présente ensuite de manière détaillée la deuxième phase de l'enquête portant sur **l'importance, la fréquence et la durée** des différentes activités. Cette phase concerne uniquement les hôpitaux universitaires. Il a initialement été décidé d'utiliser les hôpitaux généraux comme groupe test (compte tenu de l'initiative informelle des responsables des services sociaux des hôpitaux universitaires de la partie néerlandophone du pays). Grâce à la reconnaissance et au subventionnement de l'enquête par les pouvoirs publics, la deuxième phase sera néanmoins menée à son terme dans les hôpitaux généraux dans le cadre d'une enquête complémentaire. Dans ce rapport final, la phase 2 est subdivisée en trois volets :

- la **préparation de cette phase** (2.1) avec la description des clusters d'activités (tâches clés), l'élaboration du manuel (2.1.1) et l'organisation du test des travailleurs sociaux (2.1.2).
- la **détermination de l'importance** (2.2) : description de l'organisation, méthodologie et taux de participation des travailleurs sociaux.

- l'**enregistrement de la fréquence et de la durée** (2.3) : description de l'organisation, justification de la méthodologie employée et taux de participation des travailleurs sociaux.

Le chapitre 5 présente les résultats et l'analyse des différentes phases de l'enquête. Concrètement, on y trouve l'inventaire des activités de travail social (point 1) suivi des résultats pour les hôpitaux universitaires (1.1) et les hôpitaux généraux (1.2), la description des résultats du questionnaire sur l'importance (point 2) et la description des résultats de l'enregistrement de la fréquence et de la durée (point 3).

Dans le chapitre 6, nous exposons nos principales conclusions et recommandations.

Pour terminer, nous présentons la bibliographie au chapitre 7 et les annexes au chapitre 8.

CHAPITRE 4 : ORGANISATION ET RÉALISATION DE L'ENQUÊTE

1. PHASE 1 : INVENTAIRE DES ACTIVITÉS DE TRAVAIL SOCIAL

1.1 Hôpitaux universitaires (HU)

1.1.1 HU participants

Caractéristiques des HU belges participants								
	Partie néerlandophone du pays				Partie francophone du pays			
	UZA	UZB	UZG	UZL	Erasme	St-Luc	CHU	**Total HU**
Responsable du service social	Miranda Van de Wiele	Maurice Vilrokx	Patricia Fruyt	Lieve Vanderlinden	Martine Smaers	Jean Desbeek	Pascale Lambert	
Nombre de travailleurs sociaux	13	23	42	61	17	34	20	210

Le tableau ci-dessus donne un aperçu des responsables des services sociaux au sein des hôpitaux universitaires de Belgique, et du nombre de travailleurs sociaux susceptibles de participer à l'enquête (n=210). Nous tenons ici à souligner qu'aucune différence n'a été faite entre les travailleurs sociaux actifs dans des services d'hospitalisation, en convention, dans des programmes de soins…L'ampleur et l'intensité du travail peuvent varier considérablement en fonction du service et de la nature des tâches attribuées.

Caractéristiques supplémentaires des HU belges participants						
Répartition des HU par nombre de lits agréés	**Nombre (n=7)**	**Pourcentage**		**Répartition des HU par nombre d'équivalents temps plein (ETP)**	**Nombre (n=7)**	**Pourcentage**
< 400	0	0%		**< 10**	0	0%
400 - 599	1	14%		**10-19**	3	43%
600 - 799	1	14%		**20-29**	2	29%
800 - 999	3	43%		**30-39**	1	14%
≥ 1000	2	29%		**≥ 40**	1	14%

La première caractéristique importante à souligner est le **nombre de lits agréés**. Les catégories suivantes ont été définies : moins de 400, de 400 à 599, de 600 à 799, de 800 à 999 et au moins 1000 lits agréés.

Un autre critère de classification des hôpitaux universitaires est le nombre d'**équivalents temps plein (ETP)** travailleurs sociaux employés par le service social de l'hôpital. Dans le tableau ci-dessus, la répartition par nombre d'équivalents temps plein s'effectue selon les catégories suivantes : moins de 10, de 10 à 19, de 20 à 29, de 30 à 40 et au moins 40 ETP.

1.1.2 Description

Nous avons dans un premier temps dressé l'inventaire des **activités des travailleurs sociaux des hôpitaux universitaires (partie néerlandophone du pays)**.

Le document « Cartographie du travail social » a été rédigé sur la base d'une liste de tâches clés décrites dans la littérature[8] et présentées sous forme de questionnaire aux travailleurs sociaux des hôpitaux universitaires d'Anvers, Gand et Louvain (mars 2008) qui devaient y indiquer les activités faisant partie de leurs missions (au cours de l'année écoulée).

Les travailleurs sociaux ayant eu la possibilité d'ajouter des items, nous avons décidé de leur présenter une nouvelle fois la liste d'activités en Excel. Ceux-ci ont pu définir leurs attributions au moyen des chiffres 0 (= cette activité n'a pas fait partie de mes missions au cours de l'année écoulée) ou 1 (= cette activité a fait partie de mes missions au cours de l'année écoulée). Ce deuxième tour a eu lieu en juin 2008 aux HU d'Anvers, de Gand et de Louvain.

Les responsables des services sociaux ont ensuite transposé cet inventaire en une structure logique (basée sur la structure du système de sécurité sociale belge) [9] (avril-mai 2008).

Le responsable du service social de l'UZ Brussel s'est joint aux discussions préparatoires et a décidé de participer à l'enquête.[10] Chaque travailleur social a également complété la liste des activités de travail social, ce qui a permis de dégager un panorama des missions du travail social au sein des hôpitaux universitaires (mars 2009) (annexe 2).

Cette partie de l'enquête, de même que le concept global de l'enquête, ont été définis à l'initiative des responsables des services sociaux (de la partie néerlandophone du pays). Depuis janvier 2009, l'enquête bénéficie de la reconnaissance et des subsides du SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement et a ainsi pu être étendue à la partie francophone du pays. Une première réunion a été organisée le 08/01/2009 avec la responsable de l'hôpital Erasme de Bruxelles, Martine Smaers, et avec le coordinateur, Véronique Van Bever. La problématique, les objectifs et l'organisation de l'enquête ont été amplement débattus.

Le travail d'enquête a pu débuter mi-avril 2009 dans la partie francophone du pays. Les premières activités réalisées ont consisté en :

- l'information des chefs de service des hôpitaux universitaires pour obtenir leur adhésion et participation (au cours d'une réunion à Erasme).

- la traduction des informations théoriques et du premier questionnaire reçu de Gand.

Les questionnaires ont été envoyés le 25 mai 2009 et il a fallu un peu moins d'un mois pour qu'ils soient renvoyés complétés. Les travailleurs sociaux avaient la possibilité de rajouter de nouveaux items, possibilité qu'ils n'ont pas utilisée.

---

[8] Nora van Riet & Marie-José Mineur, Maatschappelijk werk in de (intramurale) gezondheidszorg, Van Gorcum, 1997, 101pg.
Ad snellen, Basismodel voor methodisch hulpverlenen in het maatschappelijk werk, Coutinho, 1997, 326 pg.

[9] Les activités ont été globalement recensées par travailleur social et classées par groupe de pathologies.

[10] Présentation par Griet De Bodt le 11/03/2009 au sujet de l'enquête « développement d'un instrument de pilotage du travail social dans les hôpitaux »

Les questionnaires ont donc été analysés et les résultats ont été présentés aux chefs de service des 3 hôpitaux lors d'une réunion le 29/09/2009.

Dans la partie néerlandophone du pays, les résultats de l'inventaire des activités menées dans les hôpitaux universitaires ont été discutés en mai 2009 avec les responsables des services sociaux. Du feedback a été fourni au comité de pilotage pour la Flandre le 19/05/2009.

1.2 Hôpitaux généraux (HG)

1.2.1 Sélection du groupe test

Le 07/11/2008, nous avons adressé une lettre à tous les hôpitaux généraux (n=70) de la partie néerlandophone du pays leur demandant s'ils souhaitaient participer à l'enquête. Nous avons pour ce faire utilisé la liste d'adresses des sites d'exploitation (hôpitaux agréés) du Centre d'information Soins et Santé (sur base des données disponibles au 26/09/2008).

Cette lettre présentait brièvement l'organisation de l'enquête et ce que les hôpitaux participants pouvaient en attendre. Les hôpitaux désireux de participer à l'enquête étaient invités à renvoyer le formulaire de participation au responsable de l'enquête par courrier ou par fax (avant le 12/12/2008) (annexe 3).

Faute d'avoir obtenu toutes les réponses, nous avons contacté les responsables ou personnes de contact des services sociaux par téléphone.

En fin de compte, 63 hôpitaux généraux de la partie néerlandophone du pays se sont déclarés prêts à collaborer, ce qui représente un taux de participation de 90%. Une liste des personnes de contact par hôpital a été établie – en Excel – avec leur fonction, leur adresse e-mail, la taille de l'hôpital, le nombre d'ETP… de manière à obtenir une vue d'ensemble des caractéristiques des hôpitaux participants et des répondants.

Pour la partie francophone: en concertation avec le SPF, il a été décidé de prendre en compte les hôpitaux généraux ainsi que les services Sp mais de ne pas, à ce stade-ci, interroger les hôpitaux psychiatriques. La liste des hôpitaux a été obtenue sur le site du SPF Santé Publique. Durant les mois d'avril et mai, les hôpitaux francophones ont été contactés téléphoniquement pour présenter l'étude en quelques mots, annoncer l'envoi du questionnaire et obtenir le nom du responsable du service social. Chaque hôpital a été contacté et a, au départ, marqué son accord de participation, le taux de participation théorique était de 100%. En finale, nous avons reçu 47 questionnaires sur 67, ce qui représente une participation de 70%.

1.2.2 Caractéristiques des HG participants

1.2.2.1 Nombre de lits agréés

Nous avons classé les hôpitaux généraux participants par nombre de lits agréés selon les catégories suivantes : de 0 à 199, de 200 à 299, de 300 à 449 et 450 ou plus.

Nombre de lits agréés dans les HG belges participants						
	Partie néerlandophone du pays		Partie francophone du pays			
Nombre de lits agréés	Nombre d'hôpitaux généraux	Pourcentage	Nombre d'hôpitaux généraux	Pourcentage	**Total HG**	**Pourcentage moyen**
0-199	12	19%	13	28%	25	23%
200-299	19	30%	4	9%	23	21%
300-449	14	22%	11	23%	25	23%
≥ 450	18	29%	13	28%	31	28%
inconnu	0	0%	6	13%	6	5%

On dénombre à peu près autant d'hôpitaux généraux belges participants (110) comptant un petit nombre de lits agréés que d'hôpitaux possédant un grand nombre de lits agréés. 28%, soit 31 des hôpitaux généraux belges participants, disposent d'au moins 450 lits agréés. Les catégories 0 – 199 et 300 – 449 concernent 25 (23%) des hôpitaux généraux participants. Enfin, 23 des hôpitaux généraux participants (21%) se classent dans la catégorie 200 – 299 lits agréés. Pour les 6 hôpitaux restants (5%), nous ne disposons pas de données en la matière.

1.2.2.2 Nombre d'équivalents temps plein (ETP)

Un autre critère de classification des hôpitaux généraux participants est le nombre d'**équivalents temps plein (ETP)** travailleurs sociaux employés par le service social de l'hôpital. Dans le tableau ci-dessous, la répartition par nombre d'équivalents temps plein s'effectue selon les catégories suivantes : de 0 à 4,9, de 5 à 9,9, de 10 à 14,9 et au moins 15 ETP.

Nombre d'équivalents temps plein dans les HG belges participants						
	Partie néerlandophone du pays		Partie francophone du pays			
Nombre d'ETP	Nombre d'HG	Pourcentage	Nombre d'HG	Pourcentage	**Total HG**	**Pourcentage moyen**
0 - 4,9	37	59%	25	53%	62	56%
5 - 9,9	17	30%	10	21%	27	25%
10 - 14,9	4	5%	3	6%	7	6%
≥ 15	5	6%	4	9%	9	8%
inconnu	0	0%	5	11%	5	5%

Plus de la moitié (62 soit 56%) des hôpitaux généraux belges participants emploient entre 0 et 4,9 ETP travailleurs sociaux. La catégorie 5,9-9,9 ETP concerne 27 des hôpitaux généraux participants (25%). Les 16 hôpitaux généraux restants (14%) se classent dans les deux autres catégories : 7 HG (6%) affichent un nombre d'ETP travailleurs sociaux compris entre 10 et

14,9 et 9 hôpitaux généraux (8%) tombent dans la catégorie ≥ 15. Nous ne disposons par contre d'aucuns chiffres pour 5 des hôpitaux généraux participants.

1.2.2.3 Fonction des répondants

Vu l'ampleur de la tâche, nous avons dès le départ choisi de demander à **une seule personne** de répondre au nom du service dans sa totalité, plutôt que d'interroger les travailleurs sociaux individuellement. La majorité des questionnaires ont été complétés par le *travailleur social* même (28 ou 44%) ou par le *responsable* (25 ou 40%) *du service social* (également travailleur social) de l'hôpital. Les 10 personnes restantes (16%) exerçaient les fonctions suivantes : 3 coordinateurs, 2 directeur de nursing/chef du département infirmier, 1 directeur, 1 chef du personnel et du service juridique, 1 coordinateur de formation/cadre moyen du département infirmier, 1 chef de service paramédical et 1 chef de service faisant fonction.

Pour la partie francophone une grande majorité des responsables des services sociaux est titulaire du diplôme d'assistant social (72% ou 34 hôpitaux) ou d'infirmier social (13% ou 6 hôpitaux). Une équipe est dirigée par une juriste et la fonction de responsable du service social n'est pas précisée dans 9% des cas (ou 4 hôpitaux). Certaines équipes dépendent directement du Directeur de Nursing (2% ou 1 hôpital) ou du Directeur Gestionnaire (2% ou 1 hôpital).

1.2.3 Description

L'inventaire des activités individuellement réalisé par les travailleurs sociaux des HU a servi de base à la consultation des personnes de contact/répondants des hôpitaux généraux. L'équipe de recherche de l'UZ Gent a utilisé la liste Excel complète (mars 2009) pour élaborer le questionnaire. Celui-ci a été créé à l'aide du logiciel Snap. Grâce à cette méthode, les personnes de contact des hôpitaux généraux ont pu consulter, compléter et renvoyer les questionnaires via le site Web **http://www.socialedienstpat.ugent.be**. Nous avons bénéficié des conseils du professeur Defloor (UGent) quant au contenu, à la structure et au traitement des questionnaires (17/03/2009).

Exemples de questions (aide psychosociale) du questionnaire :

Q1	**Les activités liées au patient suivantes font-elles partie des missions des travailleurs sociaux actifs au sein de votre organisation ?**		
	Sous-aspects de l'aide psychosociale		
		oui	***non***
Q1a	**Accompagnement du patient (famille, parents, tiers importants) en cas d'hospitalisation**	☐	☐
Q1b	**Ouverture de la discussion sur les conséquences et le vécu des nouvelles perspectives du patient et de son entourage (acceptation et assimilation)**	☐	☐

Suite aux difficultés techniques rencontrées lors de la publication du questionnaire, du développement d'un site Web en Frontpage et de la demande d'un Webshare et d'un espace personnel sur le réseau de l'UGent, le questionnaire n'a pu être finalisé avant fin avril 2009.

A la mi-mai (13/05/2009), nous avons informé le groupe test (hôpitaux généraux de la partie néerlandophone du pays) du début du 1er tour de consultation et leur avons envoyé les instructions à suivre pour remplir le questionnaire. Des problèmes informatiques nous ont toutefois contraints à interrompre momentanément le remplissage des questionnaires. Ces problèmes ont été résolus début juin, après quoi le remplissage et l'envoi des questionnaires ont pu suivre leur cours.

Faute de recevoir les questionnaires de tous les répondants ayant émis leur volonté de participer, nous avons contacté les retardataires par téléphone. Au final, nous avons atteint un taux de participation de 100% (63 HG) des hôpitaux généraux participants dans la partie néerlandophone du pays.

En ce qui concerne la partie francophone, le temps qui nous a été imparti pour traduire les questionnaires et lancer l'enquête étant limité, il ne nous a pas été possible de recontacter tous les hôpitaux généraux. Il nous paraissait indispensable de mener cette enquête en parallèle avec la partie néerlandophone du pays ; aussi, dès le 24/06/2009, le questionnaire a été envoyé à chaque hôpital avec lettre d'accompagnement et enveloppe préparée pour le renvoi. Le courrier électronique n'étant pas unanimement répandu dans les services sociaux, il a été décidé de procéder par courrier papier. Compte tenu de la période de vacances, 2 mois ont été donnés pour compléter l'enquête. Fin août, un rappel a été envoyé aux hôpitaux n'ayant pas encore répondu. En septembre et octobre un nouveau rappel téléphonique a été effectué. En finale, nous avons reçu 47 questionnaires sur 67, ce qui représente une participation de 70,14%.

Les résultats pour la partie néerlandophone du pays ont été communiqués début janvier 2010 par e-mail aux répondants des hôpitaux généraux. Nous leur avons envoyé les résultats globaux et provinciaux pour cette région, de même que les résultats individuels par hôpital. Les résultats individuels étaient codés et visuellement identifiables par l'hôpital concerné.

2. PHASE 2 : DÉTERMINATION DE L'IMPORTANCE, DE LA FRÉQUENCE ET DE LA DURÉE DES ACTIVITÉS DE TRAVAIL SOCIAL (HÔPITAUX UNIVERSITAIRES)

2.1 Préparation de la deuxième phase

2.1.1 Regroupement des activités en tâches clés et élaboration du manuel

L'inventaire des activités (voir annexe 2) nous a permis de dresser un tableau détaillé des missions du travailleur social à l'hôpital. Aussi essentielle cette étape fût-elle pour l'enquête, cette liste ne pouvait être utilisée pour l'évaluation de l'importance et l'enregistrement de la fréquence et de la durée des activités clés. L'inventaire était en effet trop vaste et détaillé pour permettre un enregistrement efficace. Il a toutefois servi de base à l'élaboration du manuel et à la classification des activités clés.

En avril 2009, l'équipe de recherche de l'UZ Gent a entamé des recherches bibliographiques au sujet des tâches clés du travail social. Son objectif était de parvenir à un instrument d'enregistrement reflétant suffisamment la diversité des missions des travailleurs sociaux. Il était à cette fin essentiel de définir une structure utilisable dans la pratique. L'instrument se devait d'identifier un nombre restreint de catégories bien définies tout en tenant compte de la complexité des missions du travailleur social.

Les recherches bibliographiques ont été réalisées à partir de différentes sources, à savoir les bases de données de l'UGent, Internet et les bibliothèques (cf. chapitre 7 : Bibliographie). Sur base des activités décrites et des classifications possibles du travail social, une proposition de classification a été présentée au comité de pilotage de la partie néerlandophone du pays et au coordinateur de la partie francophone du pays. Ce document suggérait plusieurs définitions pour chaque activité clé de travail social, l'idée étant de sélectionner la plus appropriée. Cette façon de faire a permis de tendre vers un consensus. En plus des définitions, des items d'enregistrement par activité clé ont également été suggérés.

Les questions suivantes ont été posées aux membres du comité de pilotage (13/07 – 10/08) :

- Quel est votre avis critique sur l'ensemble du document : classification des tâches clés et structure ?
- Choisissez une ou plusieurs définitions et justifiez votre choix.
- Les items d'enregistrement sont-ils clairs et complets ? Remarquez-vous des chevauchements ?
- Manque-t-il des rubriques/items… ?

Tous les membres ont directement envoyé leurs réponses à l'équipe de recherche de l'UZ Gent afin d'éviter toute influence mutuelle.

La traduction de la première version du manuel « Kerntaken sociaal werk » (Clusters d'activités de base en travail social) a eu lieu en juillet-août 2009 par le coordinateur de la partie francophone du pays. Le 31/08/2009, la version remaniée du manuel a été présentée au

comité de pilotage de la partie néerlandophone du pays. Un consensus a été trouvé début septembre 2009. Le 03/09/2009, le manuel a été envoyé au coordinateur de la partie francophone du pays en vue de la traduction définitive (septembre – octobre 2009).

Le manuel « clusters d'activités de base/tâches clés du travail social » est bâti comme suit :

- **Activités liées au patient :** le travailleur social prend, à l'égard du patient et/ou de son entourage, une série d'initiatives visant à garantir la continuité des soins et à promouvoir le bien-être du patient. Le travailleur social agit seul ou en concertation avec d'autres prestataires de soins internes ou externes.
- **Activités non liées au patient :** le travailleur social assume certaines activités non liées au patient.
- **Items d'enregistrement :** l'importance, la fréquence et la durée des différents items doivent être évaluées dans le courant de l'enquête.
- **Exemples et explications :** ces exemples pratiques ont pour but d'améliorer l'applicabilité du manuel et l'uniformité de l'enregistrement.

Le tableau ci-dessous énumère tous les items d'enregistrement par catégorie :

Classification des activités de travail social par items d'enregistrement	
A	ACTIVITES LIEES AU PATIENT
A1	Aide psychosociale
A1a	Soutien
A1b	Médiation
A1c	Accompagnement
A1d	Traitement
A1e	Intervention de crise
A2	Recherche et reporting
A2a	Anamnèse psychosociale et recherche sociale
A2b	Transmission du rapport social
A2c	Gestion du dossier
A2d	Enregistrement des activités faites avec/pour le patient
A2e	Visites à domicile
A3	Coordination des soins
A3a	Dépistage des patients à risques
A3b	Donner des informations / dispenser des explications / donner des avis
A3c	Médiation
A3d	Orienter vers d'autres institutions et services de soins
A3e	Collaborer à une réflexion liée à la situation du patient
A3f	Coordination de l'aide et des soins à accorder au patient
A3g	Mise en place d'aide du réseau social (aide informelle)
A3h	Mise en place d'aide et de services (aide formelle)
A3i	Soutien administratif
A4	Prestation de services concrète
A4a	Aide matérielle
A4b	Aide sociale et administrative
A4bi	Donner des informations / donner un éclairage / donner un avis
A4bii	Médiation
A4biii	Orienter vers d'autres institutions d'aide et de services
A4biv	Collaborer à une réflexion liée au patient
A4bv	Coordonner l'aide et les soins au patient
A4bvi	Soutien administratif
A4c	Aide financière et administrative
A4ci	Donner des informations / donner un éclairage / donner un avis
A4cii	Médiation
A4ciii	Orienter vers d'autres institutions d'aide et de services
A4civ	Collaborer à une réflexion liée au patient
A4cv	Coordonner l'aide et les soins au patient
A4cvi	Soutien administratif
A4d	Aide juridique et administrative
A4di	Donner des informations / donner un éclairage / donner un avis
A4dii	Médiation
A4diii	Orienter vers d'autres institutions d'aide et de services
A4div	Collaborer à une réflexion liée au patient
A4dv	Coordonner l'aide et les soins au patient
A4dvi	Soutien administratif
A5	Prévention
A5a	Donner des informations / donner un éclairage / donner un avis
A5b	Médiation
A5c	Réorienter vers d'autres institutions d'aide et de services
A5d	Collaborer à une réflexion liée au patient
A6	Défense des intérêts
A6a	Défense des intérêts individuels
A6b	Défense des intérêts collectifs
A7	Signalement
A7a	Signalement interne
A7b	Signalement externe
B	ACTIVITES NON LIEES AU PATIENT
B1	Développement des compétences
B1a	Participation à des formations
B1b	Offrir ou donner des formations
B1c	Conseils, avis ou coaching d'autres professionnels
B1d	Réfléchir sur ses propres actions (autoévaluation)
B1e	Planifier un développement des compétences
B1f	Contribution à la formation des étudiants (au niveau pratique)
B2	Autres activités non liées au patient
B2a	Supervisions non liées au patient
B2b	Contribuer à l'élaboration des politiques
B2c	Définir son métier et sa manière de le faire
B2d	Participer à des projets de recherche
B2e	Temps libre
B2f	Congés
B2g	Déplacements
B2h	Activités liées à l'organisation et au service

Le manuel a finalement pu être envoyé aux travailleurs sociaux des hôpitaux universitaires de la partie néerlandophone du pays le 09/09/2009. L'objectif était que les travailleurs sociaux s'approprient le document et tentent de comprendre la logique de la classification et de la structure.

Un avis critique sur la définition des clusters d'activités n'a pu être donné par la partie francophone vu les délais nécessités par l'enquête.

2.1.2 Test des travailleurs sociaux

2.1.1.1 **Description**

Le manuel définissant les tâches clés des travailleurs sociaux devait permettre l'exécution uniforme des phases suivantes : la notation de l'importance de ces tâches et l'enregistrement de leur fréquence et de leur durée. Il importait également que les travailleurs sociaux appliquent le manuel de manière uniforme. Une phase de test était par conséquent nécessaire afin de vérifier la fiabilité inter-évaluateurs. Les travailleurs sociaux ont joué le rôle d'évaluateurs de leurs activités de travail social. L'enregistrement des activités clés devait avoir lieu d'une manière aussi objective que possible. Il fallait également réduire au minimum la possibilité d'interprétation des différents items d'enregistrement.

L'ouvrage « Registratie van minimale verpleegkundige gegevens in Belgische ziekenhuizen »[11] reprend une définition de Giovanetti qui, en 1979, caractérisait la fiabilité inter-évaluateurs en ces termes : « La fiabilité inter-évaluateurs mesure la corrélation des résultats de mesures effectuées par différentes personnes chez le même individu, à un moment donné et au moyen d'un même instrument. »

Cette fiabilité peut être influencée par trois facteurs :[12]

- **le système d'enregistrement proprement dit** : l'emploi d'une terminologie inusuelle et inconnue, et de descriptions complexes, donne lieu à des interprétations subjectives.
- **La personne qui enregistre** : connaissance de l'instrument, motivation, manque de temps…
- **le patient lui-même** : les situations complexes sont plus difficiles à appréhender et à enregistrer.

Au cours de la phase de test, nous nous sommes efforcés de tenir compte de ces facteurs d'influence afin d'éviter les différences individuelles et les résultats divergents entre travailleurs sociaux (exerçant les mêmes activités).[13]

---

[11] Sermeus, W., Registratie van minimale verpleegkundige gegevens in de Belgische ziekenhuizen. Van concept tot implementatie. Acco, 2007, pg 70-71

[12] Hernandez, C.A. et O'Brien – Pallas, L., Validity and Reliability of Nursing Workload Measurement Systems: Review of Validity and Reliability Theory, CJONA, 1996.

[13] De Vet, H.C.W. et Beurskens, A.J.H.M., Meetinstrumenten. Reproduceerbaarheid van metingen, Universiteit Maastricht, vakgroep Epidemiologie, 1997, 44-49.

Lors des tests, nous avons utilisé des cas de patients (annexe 4) tirés de la pratique afin de contrôler l'applicabilité du manuel. Nous avons également développé un document d'enregistrement (annexe 5).

La méthodologie et l'organisation ont été examinées avec le professeur Defloor (UGent) le 11/09/2009.

La rédaction des cas et du document d'enregistrement a eu lieu en concertation avec les responsables de service des hôpitaux universitaires de la partie néerlandophone du pays le 08/09/2009. Les cas et leurs activités spécifiques ont été minutieusement décrits selon un « gold standard »[14]. Il a été demandé aux travailleurs sociaux de reconnaître X activités et d'identifier l'activité décrite dans le document d'enregistrement. L'équipe de recherche a ainsi pu vérifier si les travailleurs sociaux reconnaissaient les activités et les associaient à l'item d'enregistrement/l'activité correct(e). Chaque travailleur social a complété le document d'enregistrement individuellement, sans consulter ses collègues ni le responsable du service. Le manuel était là pour les y aider.

Afin de contrôler la fiabilité des données, nous avons calculé la moyenne pondérée des items à noter. Les résultats individuels ont également été examinés en vue de permettre la remise de feedback et les actions correctives requises.

A l'issue du 1er test mené dans les HU d'Anvers et de Gand, il est apparu que les travailleurs sociaux n'avaient pas eu le temps de se familiariser avec le manuel. A ce moment, la date limite de remise du rapport d'enquête ne nous laissait pas d'autre possibilité. Afin de ne pas hypothéquer la qualité de la recherche, une demande de report a été introduite (09/09/2009). Par ailleurs, plusieurs travailleurs sociaux nous ont fait part de la nécessité d'inclure des exemples et des descriptions plus clairs dans le manuel, en complément de l'approche et des informations théoriques. Les résultats ont également confirmé le besoin d'actions correctives. La réponse positive du SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement concernant le report de la date de remise du rapport final (fin mars 2010) nous a en outre laissé davantage de marge de manœuvre pour approfondir l'enquête, mieux informer les travailleurs sociaux et faciliter l'organisation dans les différents hôpitaux.

Pour toutes les raisons susmentionnées, le manuel a de nouveau été remanié :

- la mise en page a été améliorée : plus de titres, structure identique à celle du document d'enregistrement, théorie et applications pratiques…
- des exemples supplémentaires ont été ajoutés
- les imprécisions et les informations sujettes à interprétation ont été supprimées.

Le manuel définitif (annexe 6), avec indication des principales modifications, a été remis à tous les acteurs concernés le 05/10/2009.

Pour tous les hôpitaux universitaires de la partie néerlandophone du pays, ce premier tour s'est avéré nécessaire pour discuter du manuel avec les travailleurs sociaux, pour répondre à leurs questions et expliquer la philosophie présidant à cet instrument de travail. Un dialogue positif a ainsi été mis en place avec l'ensemble des travailleurs sociaux. Un deuxième test

[14] Le « gold standard » a été établi à l'issue d'un examen et d'un contrôle préalables approfondis des cas de patients par les responsables de service des hôpitaux universitaires de la partie néerlandophone du pays. Lorque cela s'est avéré nécessaire, la description du cas a été adaptée ou clarifiée jusqu'à l'obtention d'une formulation optimale pour chaque cas.

s'est avéré nécessaire pour juger de l'utilité du manuel pour le reste de l'enquête sur l'importance, la fréquence et la durée des activités de travail social. La mise en place d'un cadre de référence commun (compréhension et interprétation univoques du manuel) était un préalable indispensable à la phase suivante de l'enquête.

Pour ce deuxième test, deux cas de patients ont été préparés.

Pour la partie francophone, la traduction des cas d'école et de la grille d'activités eut lieu en octobre et novembre 2009. Ensuite des contacts furent pris avec les chefs de service afin d'expliquer la période de test et son utilité. Cela permit de réassurer et donner des explications par rapport au surcroît de travail que cela pouvait occasionner aux équipes.

La participation de l'hôpital de coordination a été unanime au premier test mais il s'est avéré non concluant. Une réunion d'explications et de concertation a alors été organisée, ce qui a permis de réaliser avec succès le 2ème test.

Le même schéma a été appliqué pour les deux autres hôpitaux : premier test non concluant, réunion préparatoire pour le deuxième tour et ensuite deuxième test.
La participation fut unanime au CHU de Liège et partielle aux Cliniques Saint Luc. La correction des tests a été réalisée par l'UZ Gent.

L'organisation pratique des périodes de test n'a pas été évidente dans la mesure où le test devait être simultanément effectué par le plus grand nombre possible de travailleurs sociaux. Les documents (cas et document d'enregistrement) ont été mis à la disposition des responsables de service des différents hôpitaux, qui se sont chargés de faire passer le test.

Le tableau suivant indique les périodes de test par hôpital :

Hôpital		
	Test 1	Test 2
UZ Antwerpen	14/09 – 18/09	05/10 – 09/10
UZ Brussel	05/10 – 09/10	12/10 – 16/10
UZ Gent	14/09 – 18/09	05/10 – 09/10
UZ Leuven	05/10 – 09/10	12/10 – 16/10
Erasme	Fin octobre	Fin novembre
St-Luc	Fin octobre	Fin novembre
CHU	Fin octobre	Fin novembre

2.1.1.2 Participation au test

Cette section traite de la participation au test des travailleurs sociaux individuels.

Participation au test des travailleurs sociaux des hôpitaux universitaires de Belgique										
	Partie néerlandophone du pays					Partie francophone du pays				
	UZA	UZB	UZG	UZL	Total	Erasme	St-Luc	Liège	Total	**Total HU**
Test 1										
Nombre total de travailleurs sociaux	13	23	42	61	139	17	34	20	71	210
Travailleurs sociaux (actifs – effectifs)	13	21	35	53	122	17	34	20	71	193
Travailleurs sociaux participants	13	20	35	50	118	17	13	20	50	168
Taux de participation des travailleurs sociaux (actifs – effectifs)	100%	95%	100%	94%	97%	100%	38%	100%	79%	88%
Test 2										
Nombre total de travailleurs sociaux	13	23	42	61	139	17	34	20	71	210
Travailleurs sociaux (actifs – effectifs)	13	21	39	53	126	17	34	20	71	197
Travailleurs sociaux participants	12	21	39	49	121	17	13	20	50	171
Taux de participation des travailleurs sociaux (actifs – effectifs)	92%	100%	100%	92%	96%	100%	38%	100%	79%	88%
Taux de participation moyen	96%	98%	100%	93%	97%	100%	38%	100%	79%	88%

En ce qui concerne les sept hôpitaux universitaires participants en Belgique, les résultats suivants peuvent être retenus : sur un nombre total de 210 travailleurs sociaux, 193 étaient actifs – effectifs[15] lors du premier test. Au final, 168 (88%) des travailleurs sociaux actifs – effectifs ont participé au test. Le deuxième test a lui aussi été effectué par 88% (171) des travailleurs sociaux (197 actifs – effectifs). En moyenne, nous avons donc pu compter sur un taux de participation de 88% de l'ensemble des travailleurs sociaux (actifs – effectifs) au sein des hôpitaux universitaires belges.

Dans les hôpitaux universitaires de la partie néerlandophone du pays, 97% des travailleurs sociaux ont apporté leur contribution à cette phase de l'enquête. 79% des membres des équipes des hôpitaux universitaires francophones ont participé aux deux tests d'application des clusters d'activités.

[15] Les travailleurs sociaux actifs – effectifs sont ceux qui participent effectivement au processus de travail. En sont exclues les personnes absentes pour cause de maladie, de grossesse…

2.1.1.3 Taux de concordance

L'équipe de recherche de la partie néerlandophone du pays (UZ Gent) s'est chargée du traitement et de l'analyse des documents d'enregistrement. Les résultats ont été communiqués aux responsables de service de chaque hôpital en vue de permettre la remise de feedback aux travailleurs sociaux individuels.

A l'issue du deuxième test, les taux de fiabilité suivants ont été obtenus :

Activités de travail social par items d'enregistrement	Taux de fiabilité HU partie néerlandophone du pays (moyenne pondérée)	Taux de fiabilité HU partie francophone du pays (moyenne pondérée)
soutien	68%	100%
anamnèse psychosociale et recherche sociale	77%	77%
gestion du dossier	85%	98%
enregistrement des activités faites avec/pour le patient	89%	100%
donner des informations / donner des avis / dispenser des explications (coordination des soins)	95%	98%
collaborer à une réflexion liée à la situation du patient (coordination des soins)	75%	98%
mise en place d'aide et de services (coordination des soins)	74%	97%
donner des informations / donner un éclairage / donner un avis (aide sociale et administrative)	71%	96%
soutien administratif (aide sociale et administrative)	66%	100%
donner des informations / donner un éclairage / donner un avis (aide financière et administrative)	84%	98%
soutien administratif (aide financière et administrative)	88%	95%
orienter vers d'autres institutions d'aide et de services (aide juridique et administrative)	71%	98%

Douze activités différentes ont été testées au moyen des cas de patients. L'aide psychosociale, la recherche et le reporting, la coordination des soins, l'aide sociale, financière et juridique ont tous été passés en revue. Ils ont dû être notés à une ou plusieurs reprises dans le document d'enregistrement.

Dans la partie néerlandophone du pays, un taux de fiabilité supérieur à 70% a été atteint pour 10 des 12 activités (83%). Dans la partie francophone du pays, un « taux de concordance » égal ou supérieur à 95% a été obtenu pour 11 des 12 activités (92%). Cette différence s'explique probablement par la discussion approfondie des cas de patients et son influence éventuelle sur le deuxième test.

Les explications détaillées du manuel et les actions correctives nous ont permis d'atteindre un taux de concordance suffisant entre les différents évaluateurs. D'après les ouvrages de référence disponibles, la fiabilité inter-évaluateurs doit être comprise entre 80% et 100% pour

être jugée acceptable. Compte tenu du temps limité imparti à l'enquête, il n'a pas été possible d'organiser un troisième test afin d'améliorer la fiabilité inter-évaluateurs. Les activités clés ayant obtenu un taux de fiabilité inférieur (moins de 80%) ont par conséquent été clarifiées au moyen d'exemples et de descriptions. L'examen des chiffres fait également apparaître une certaine sous-évaluation de la concordance due aux faibles scores de certains travailleurs sociaux. Les scores individuels étant connus, les actions correctives appropriées ont pu être prises.

2.2 Détermination de l'importance des activités de travail social

2.2.1 Description

Afin d'évaluer l'importance des activités clés au sens large, nous avons opté pour une approche quantitative. L'équipe de recherche de l'UZ Gent a élaboré un questionnaire en ligne à l'aide du logiciel Snap. Une première version a été envoyée au comité de pilotage de la partie néerlandophone du pays et au coordinateur de la partie francophone du pays le 14/10/2009. Ceux-ci ont été invités à donner leur avis sur la structure, la classification et la probabilité d'obtenir des réponses satisfaisantes aux questions qui nous préoccupaient. Le questionnaire a également été soumis (le 21/10/2009) au professeur Defloor (UGent). L'enquête a ensuite été remaniée et finalisée sur base de leurs suggestions et conseils.

La procédure susmentionnée avait pour objectif de nous doter d'un instrument au contenu validé.[16] Le questionnaire a pour ce faire été soumis à des experts de la méthodologie et du contenu. Les auteurs de l'enquête ont soigneusement défini le sens des différents items en consultant des ouvrages de référence et des spécialistes.

Le questionnaire a été publié en ligne (**http://www.socialedienstpat.ugent.be**) et mis à la disposition des travailleurs sociaux le 29/10/2009. Ceux-ci étaient censés le compléter pour le 12/11/2009. Les instructions leur ont été envoyées par e-mail. Tous les questionnaires ne nous étant pas encore parvenus à la date limite, un e-mail de rappel a été envoyé le 13/11/2009. Au final, nous avons reçu 121 questionnaires pour la partie néerlandophone du pays. Dans la partie francophone, le questionnaire a été mis à disposition des travailleurs via un lien internet le 24/11/0009. Il leur a été demandé de le compléter avant l'enregistrement des fréquences et de la durée des activités qui, lui, débutait le 30/11/2009. Il est à noter que le terme « mogen » a été traduit en français par « devoir » (= « moeten ») et que les participants ont donc répondu à la question « devoir ». Dans la partie francophone du pays, 54 travailleurs sociaux ont complété le questionnaire.

En raison de problèmes informatiques, les travailleurs sociaux de l'UZ Antwerpen et certains travailleurs des autres hôpitaux n'ont pu automatiquement renvoyer le questionnaire complété en ligne. L'équipe de recherche de l'UZ Gent s'est donc mise en quête d'une solution alternative. Un questionnaire identique en version brouillon (non mise en page) a été créé. Les travailleurs sociaux ont dû l'enregistrer sur leur ordinateur et le renvoyer complété aux

[16] Validité du contenu : un instrument de mesure est valide sur le plan du contenu lorsque les questions reflètent correctement les variables à mesurer.

auteurs de l'enquête. Les formulaires ont ensuite été manuellement encodés dans le logiciel Snap par l'équipe de recherche.
La partie francophone du pays a elle aussi souffert de problèmes informatiques. Après la phase de traduction, le questionnaire a été mis, par l'UZ Gent, sur le Snap et les différents travailleurs sociaux ont été invités à le compléter. Le temps nécessaire pour ce faire était au minimum de 60 minutes. L'équipe du CHU de Liège a rencontré un problème d'encodage. Une série des questionnaires a, dès lors, été faite sur format papier et a été transmise par fax à l'équipe de coordination qui s'est chargée de l'encodage.

Le questionnaire comprenait les rubriques suivantes :

- **Données générales** : nom du travailleur social, hôpital, responsable de quel groupe de pathologies, nombre d'années de travail social effectif à l'hôpital.
- **Activités dans le contexte de travail actuel** : importance accordée à chaque activité, peuvent-ils, doivent-ils et veulent-ils l'effectuer ?
- **Activités dans un contexte de travail idéal** : importance accordée à chaque activité, peuvent-ils, doivent-ils et veulent-ils l'effectuer ?
- **Facteurs influençant le contexte actuel :** temps, espace, compétences insuffisantes…

Pour obtenir une réponse aux aspects susmentionnés, nous nous sommes servis de questions fermées car cette méthode de questionnement est souvent perçue comme moins menaçante et plus simple.[17] Le traitement des réponses s'en trouve lui aussi facilité. Les travailleurs sociaux étaient libres d'expliciter les questions dichotomiques (oui/non) en précisant leur réponse ou en ajoutant des commentaires.

L'instrument quantitatif utilisé s'appuyait sur les types de questions/échelles suivants :

a) **Echelle de Likert** : « Cette échelle comporte une série d'affirmations auxquelles le répondant doit attribuer une note sur la base de laquelle son attitude vis-à-vis d'un stimulus est traduite au moyen d'un chiffre. » [18]

Dans notre questionnaire, nous avons employé une échelle en quatre points : tout à fait d'accord, d'accord, pas d'accord, pas du tout d'accord. Vu le nombre pair de possibilités, les travailleurs sociaux étaient obligés de donner leur avis sur l'importance d'activités spécifiques et sur la mesure dans laquelle ils peuvent, doivent ou veulent les effectuer. Les auteurs de l'enquête voulaient ainsi éviter les réponses de type « neutre » ou « sans opinion ». Dans la littérature, la propension des répondants à se situer au milieu de l'échelle est dénommée « effet de tendance centrale ».

Exemple tiré du questionnaire : aide psychosociale

	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Je trouve cette activité importante				
Je veux effectuer cette activité				
Je peux effectuer cette activité				
Je dois effectuer cette activité				

[17] De Pelsmacker, P. et Van Kenhove, P., Marktonderzoek. Methoden en toepassingen. Garant, 1996, pg 187-256.
[18] De Pelsmacker, P. et Van Kenhove, P., Marktonderzoek. Methoden en toepassingen. Garant, 1996, pg 187-256.

Les travailleurs sociaux étaient obligés d'indiquer leur opinion (1 réponse possible) sur les affirmations du questionnaire Snap. Toutes les activités de travail social ont été couvertes selon le scénario ci-dessus. Les répondants ont dû à chaque fois indiquer s'ils considéraient une activité clé donnée importante et s'ils voulaient, pouvaient ou devaient l'effectuer. [19] Comme nous l'avons déjà souligné, dans la partie francophone du pays, les travailleurs ont répondu à la question « Je dois » effectuer cette activité au lieu de « Je peux »effectuer cette activité .

b) **Question à réponses ordonnées** : sachant que les répondants ont tendance à « tout » considérer important, nous avons prévu une question supplémentaire à réponses ordonnées. Celle-ci avait pour but d'affiner l'évaluation de l'importance des activités.[20]

Les travailleurs sociaux devaient ici classer 12 activités clés par ordre d'importance au moyen d'un chiffre (1 = activité la moins importante, 12 = activité la plus importante).
Tant les questions libellées selon l'échelle de Likert que la question à réponses ordonnées ont été posées dans le contexte de travail actuel et idéal de l'hôpital/service social.

c) **Questions dichotomiques :** les facteurs influençant la situation de travail actuelle ont été évalués à l'aide de questions de type oui/non.

Exemple tiré du questionnaire : aide psychosociale

	Oui	Non
Ai-je suffisamment de temps ?		
Ai-je des compétences suffisantes ?		
Ai-je suffisamment d'espace ?		
Suis-je suffisamment reconnu ?		
Puis-je suffisamment m'identifier à cette activité ?		

Toutes les activités de travail social ont été passées en revue. Les répondants avaient en outre la possibilité de compléter leur réponse et d'indiquer d'autres facteurs d'influence.

2.2.2 Participation des travailleurs sociaux des hôpitaux universitaires

Le tableau ci-dessous donne un aperçu de la participation au questionnaire sur l'importance des activités clés de travail social :

Participation des travailleurs sociaux belges au questionnaire sur l'importance										
	Partie néerlandophone du pays					Partie francophone du pays				
	UZA	UZB	UZG	UZL	Total	Erasme	St-Luc	Liège	Total	**Total HU**
Nombre total de travailleurs sociaux	13	23	42	61	139	17	34	20	71	210
Travailleurs sociaux (actifs – effectifs)	13	21	39	53	126	17	34	20	71	197
Travailleurs sociaux participants	10	21	39	51	121	17	18	19	54	175
Taux de participation/HU	77%	100%	100%	96%	96%	100%	53%	95%	76%	89%

[19] Explication : devoir : suis-je obligé d'effectuer cette activité au sein du service social de l'hôpital, vouloir : ai-je le souhait d'effectuer cette activité, pouvoir : ai-je la capacité/possibilité d'effectuer cette activité.
[20] De Laet, M. et Offermans, P., Marktonderzoek. De Boeck, 2003, pg 324 – 325.

En ce qui concerne les sept hôpitaux universitaires participants en Belgique, les taux de participation suivants ont été enregistrés : sur un nombre total de 210 travailleurs sociaux, 197 étaient actifs – effectifs au début de la consultation sur « l'importance des activités de travail social ». Au final, 175 (89%) des travailleurs sociaux actifs – effectifs ont participé à cette phase de l'enquête. Pour les hôpitaux universitaires de la partie néerlandophone du pays, le taux de participation à cette phase de l'enquête a atteint 96%. Dans la partie francophone du pays, le taux de participation s'est élevé à 76%.

2.3 Enregistrement de la fréquence et de la durée des activités de travail social

2.3.1 Description

Après l'inventaire des activités de travail social et la consultation sur l'importance des tâches clés, il restait encore à déterminer la fréquence et la durée de ces activités. En novembre 2009, plusieurs documents ont été rédigés à cette fin. Nous avons une nouvelle fois recueilli l'avis du professeur Defloor (UGent) (17/11/2009).

Un **document d'enregistrement** a d'abord été développé dans le logiciel Snap. Ce document électronique devait être complété quotidiennement et renvoyé à l'équipe de recherche de l'UZ Gent (pour la partie néerlandophone du pays).

Le formulaire comprenait deux volets :

- **Données générales** : code du travailleur social, heure de début et de fin de la journée de travail, heures supplémentaires éventuelles, nom de l'hôpital, jour, régime (temps plein, temps partiel ou mi-temps), type d'horaire (matin, après-midi, journée entière ou jour non travaillé) et absence éventuelle pour cause de maladie (oui/non)
- **Enregistrement effectif :** chaque travailleur a quotidiennement dû indiquer la fréquence (nombre) et la durée (en minutes) de chaque activité.

Nous avons également rédigé un **manuel (annexe 7)** fournissant toutes les informations nécessaires sur la manière de remplir et de renvoyer le document d'enregistrement, ainsi que des conseils, des choses à faire…

Pour la partie néerlandophone du pays, deux procédures ont été appliquées dans la mesure où l'UZ Antwerpen était apparemment dans l'incapacité de renvoyer le questionnaire par voie électronique **(annexe 8)**. Les travailleurs sociaux de l'UZ Antwerpen ont donc chaque jour faxé les formulaires papier complétés à l'équipe de recherche de l'UZ Gent. Après vérification de l'exhaustivité de chaque document, le secrétariat du service social de l'UZ Gent les a individuellement encodés dans une grille Excel. Les trois autres hôpitaux universitaires ont reçu la version électronique du document d'enregistrement par e-mail. Chaque travailleur social s'est vu attribuer un code unique à saisir quotidiennement dans le document d'enregistrement (dans la section « Données générales »).

Nous avons enfin créé une **version brouillon du document d'enregistrement** en Excel **(annexe 9)**. Munis de ce brouillon, les travailleurs sociaux ont pu systématiquement prendre des notes et consigner la fréquence et la durée de leurs activités au cours de leur journée de

travail. Ils disposaient ainsi d'un aide-mémoire utile pour compléter le document d'enregistrement proprement dit à la fin de la journée.

Tous ces documents ont été remis aux travailleurs sociaux une semaine à l'avance.

Les hôpitaux universitaires de Belgique ont procédé à l'enregistrement de la fréquence et de la durée des activités clés pendant 10 jours. Les différentes périodes d'enregistrement sont détaillées ci-dessous :

	Période d'enregistrement	
UZ Antwerpen	23/11/2009 – 27/11/2009	7/12/2009 – 11/12/2009
UZ Brussel	30/11/2009 – 4/12/2009	7/12/2009 – 11/12/2009
UZ Gent	30/11/2009 – 4/12/2009	7/12/2009 – 11/12/2009
UZ Leuven	30/11/2009 – 4/12/2009	7/12/2009 – 11/12/2009
Erasme	30/11/2009 – 4/12/2009	7/12/2009 – 11/12/2009
St-Luc	15/12/2009	17/12/2009
CHU	30/11/2009 – 4/12/2009	7/12/2009 – 11/12/2009

Différentes discussions ont eu lieu au sujet de la durée pendant laquelle il convenait d'enregistrer les fréquences. Les responsables francophones avaient mis en évidence la difficulté de devoir enregistrer pendant 2 semaines complètes et avaient relayé leurs remarques auprès de l'équipe de recherche.

Le comité scientifique a maintenu sa décision d'enregistrer la durée des fréquences pendant 2 semaines et l'information a été communiquée aux équipes, ce qui a suscité des controverses même si elles pouvaient comprendre l'utilité d'un enregistrement uniforme dans toutes les institutions au même moment.

En effet, la période choisie coïncidait à un moment où les équipes travaillaient en personnel réduit du fait de la nécessité pour les travailleurs sociaux de devoir apurer les congés annuels. Il convient donc de saluer les efforts déployés par ces équipes pour respecter cette demande dans un contexte où elles étaient affaiblies et où cela a représenté un surcroît de travail important. Chaque jour l'équipe de coordination a encodé les formulaires remis par les travailleurs sociaux ou faxés par les autres hôpitaux.

2.3.2 Justification de la méthodologie utilisée

La littérature mentionne diverses méthodes (e.a. estimation, historique, observations instantanées, étude de temps et mouvement…) permettant de cartographier les activités des travailleurs dans la pratique quotidienne.

Ces techniques sont principalement employées dans le cadre de la recherche en soins infirmiers et sont décrites comme telles dans la littérature. [21] [22] [23] [24] [25] [26] [27]

[21] Oddone, E., Weinberger, M., ea, Measuring activities in clinical trials using random work sampling: implications for cost-effectiveness analysis and measurement of the intervention, J Clin Epidemiol, 1995, 48:8, 1011-1018.

[22] Jackson, B.L., Determining Efficiency Through Work Sampling, Management Review, janvier 1972, 13-21.

La méthode des observations instantanées, ou **observation systématique à série temporelle**, fait appel à des observateurs externes neutres chargés d'observer et de consigner les activités pendant une période donnée ou à des moments aléatoires. Elle permet ainsi de se baser sur une série d'observations aléatoires et de courte durée réalisées pendant une période donnée. L'échantillon doit cependant être suffisamment représentatif. Les observations instantanées sont avant tout utilisées pour les travailleurs évoluant dans un environnement bien déterminé. Les avantages cités dans la littérature sont les suivants : méthode souple, peu coûteuse et acceptable pour les personnes observées. Les inconvénients résident dans la possible influence du comportement normal par une présence extérieure, et le risque de tromperie de l'observateur. L'observateur étant tenu de rendre un jugement rapide sur le comportement observé, cette méthode est considérée comme peu nuancée.

On peut également faire appel à la **mesure temporelle directe**. Celle-ci consiste en l'enregistrement continu d'observations découlant d'une observation individuelle. Cette technique permet une description détaillée d'un nombre limité de personnes et se prête davantage à l'observation de travailleurs non confinés dans un espace donné. La mesure temporelle directe s'avère aussi particulièrement utile pour les tâches immédiatement observables et répétitives. L'interprétation possible par l'observateur et l'influence d'une présence extérieure (effet Hawthorne) sont considérés comme des inconvénients. De plus, les observateurs externes qualifiés coûtent extrêmement cher.

Il est également possible de **demander aux membres de l'échantillon d'enregistrer eux-mêmes leurs activités (= technique de l'auto-évaluation)**. L'enregistrement peut avoir lieu de la manière décrite ci-dessus (par l'individu lui-même et non plus par un observateur), ou au moyen d'un journal de bord dans lequel les activités doivent être consignées tout au long de la journée.

Les principaux avantages et inconvénients de cette méthode sont énumérés ci-dessous :[28] [29] [30] [31]

---

[23] Burke, T.A, McKee, J.R., ea, A Comparison of Time-and-Motion and Self-reporting Methods of Work Measurement, Journal of Nursing Administration, mars 2000, 30:3, 118-125.

[24] Pelletier, D. et Duffield, C., Work sampling: Valuable methodology to define nursing practice patterns, Nursing and Health Sciences, 2003, 5, 31-38.

[25] Ampt, A., Westbrook, J., ea, A comparison of self-reported and observational work sampling techniques for measuring time in nursing tasks. J Health Serv Res Policy, jan 2007, 12: 1, 18-24.

[26] Myny, D., et al Determination of standard times of nursing activities based on a Nursing Minimum Dataset, Journal of Advanced Nursing, juillet 2009, 92 -102.

[27] Delobelle, S. et Smet K., Zelfregistratie via multimomentopname, een betrouwbare registratiemethode binnen de verpleegkunde?, thèse UGent, 2007, pg 1-24.

[28]Ampt, A., Westbrook, J., ea, A comparison of self-reported and observational work sampling techniques for measuring time in nursing tasks. J Health Serv Res Policy, jan 2007, 12: 1, 18-24.

[29] Myny, D., et al Determination of standard times of nursing activities based on a Nursing Minimum Dataset, Journal of Advanced Nursing, juillet 2009, 92 -102.

Avantages de l'auto-évaluation :

- Respect de l'intimité du patient et de son entourage[32]
- Les experts sont les mieux placés pour savoir ce qu'ils font
- Les gens n'aiment pas se sentir observés
- Pas besoin d'observateurs externes
- Pas besoin d'observation individuelle
- Rentabilité
- Processus moins chronophage

Inconvénients de l'auto-évaluation :

- Biais possible dû à des réponses socialement correctes
- Tendance à répondre par rapport à son propre point de vue plutôt qu'en fonction de la véritable teneur des tâches
- Subjectivité
- Dépendance de la bonne volonté et de la mémoire des participants

Les faux enregistrements sont aussi cités comme inconvénient. Burke (2000) et Oddone (1995) estiment cependant que le problème des faux enregistrements en cas d'auto-évaluation n'est pas plus marqué que les erreurs d'enregistrement commises par l'observateur externe dans les autres méthodes. Delobelle et Smet (2007) renvoient à Howard (1994), qui impute les limites de l'auto-évaluation à la nature et à l'approche de l'étude. Lorsque les participants sont activement impliqués dans l'étude, l'auto-évaluation est généralement une méthode d'enregistrement tout à fait valable.

Dans le cadre de notre enquête, nous avons fait appel à l'**auto-évaluation pour la mesure de la fréquence et de la durée des activités**. Dans la mesure où les travailleurs sociaux se déplacent souvent et ont plusieurs services différents sous leur tutelle, la technique des observations instantanées était difficilement applicable. Cette technique s'emploie surtout dans la recherche en soins infirmiers, où les individus sont rassemblés au sein d'un même service. Par ailleurs, il ne nous semblait pas opportun d'interrompre à intervalles réguliers les discussions souvent délicates et complexes menées par les travailleurs sociaux pour enregistrer leur activité. L'observation continue était également exclue du fait de son coût.

Nous avons donc opté pour l'auto-évaluation, tout en prenant soin de fournir une série d'outils susceptibles de pallier aux inconvénients cités ci-avant. Le manuel « Activités de travail social » et les tests ont été organisés afin d'éliminer autant que possible la subjectivité des réponses. La classification des activités par catégories et la formation prévue avaient quant à elles pour but d'exclure les chevauchements. Nous avons en outre opté pour un document d'enregistrement (accompagné d'une version brouillon et d'instructions), présenté comme un outil plus précis que le journal de bord dans la littérature.

---

[30] Finkler, S.A., Knickman, J.R.,ea, A Comparison of Work-Sampling and Time-and-Motion Techniques for Studies in Health Services Research, Health Services Research, décembre 1993, 28:5, 577-597

[31] Pelletier, D. et Duffield, C., Work sampling: Valuable methodology to define nursing practice patterns, Nursing and Health Sciences, 2003, 5, 31-38.

2.3.3 Participation des travailleurs sociaux des hôpitaux universitaires

Le tableau ci-dessous indique la participation des travailleurs sociaux de chaque hôpital universitaire à la période d'enregistrement de la fréquence et de la durée.

Participation des travailleurs sociaux belges à la période d'enregistrement de la fréquence et de la durée										
	Partie néerlandophone du pays					Partie francophone du pays				
	UZA	UZB	UZL	UZG	**Total**	Erasme	St-Luc	CHU	Total	**Total HU**
Nombre total de travailleurs sociaux	13	23	61	42	139	17	34	20	71	210
Travailleurs sociaux (actifs – effectifs)	13	21	53	40	127	17	34	20	71	198
Travailleurs sociaux participants	13	21	53	40	127	17	9	20	46	173
Taux de participation des travailleurs sociaux (actifs – effectifs)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	26%	100%	65%	87%

Lors de la période d'enregistrement, 198 travailleurs sociaux étaient professionnellement actifs dans les hôpitaux universitaires de Belgique. Parmi eux, 173 (87%) ont pris part au processus d'enregistrement. Tous les travailleurs sociaux actifs – effectifs des quatre hôpitaux universitaires de la partie néerlandophone du pays ont participé à cette phase de l'enquête. Au niveau des hôpitaux universitaires francophones, le taux de participation à l'enregistrement des fréquences et des activités durant 10 jours représente 65%.

CHAPITRE 5: RÉSULTATS ET ANALYSE DE L'ÉTUDE

1. RÉSULTAT DE L'INVENTAIRE DES ACTIVITÉS DU TRAVAIL SOCIAL

1.1 Hôpitaux universitaires en Belgique

Comme nous l'avons déjà indiqué, un inventaire des activités du travail social dans un hôpital universitaire a déjà été établi dans la première phase de l'étude (voir annexe 2). Par ailleurs, l'aperçu complet des résultats des activités du travail social figure en annexe 10 (la liste globale a été ramenée à une structure logique par les responsables de service).

Dans cette rubrique, seuls les principaux résultats seront commentés. Les pourcentages dans les tableaux indiquent dans quelle mesure une activité déterminée appartient aux attributions du travailleur social. Pour chaque activité, nous avons également sondé - le cas échéant - si les travailleurs sociaux **donnaient des informations, renvoyaient à quelqu'un d'autre, introduisaient la demande effective et/ou assuraient le suivi**.

Les résultats distincts par hôpital ne font pas l'objet de cette description. Seules les statistiques globales pour tous les hôpitaux universitaires dans les parties néerlandophone et francophone du pays figurent dans la liste, de même que le pourcentage moyen total pour les hôpitaux universitaires en Belgique.

A partir des activités énumérées, trois groupes de pourcentages sont distingués, à savoir

- >= 70% (score élevé)
- >= 50% et < 70% (score moyen)
- < 50% (score faible).

En répartissant la liste globale entre ces catégories, une vision plus claire peut être obtenue quant à la mesure dans laquelle les activités du travail social sont identifiées comme faisant partie de leurs attributions.

On peut supposer que, plus le pourcentage attribué à une activité déterminée est élevé, plus cette activité sera désignée comme faisant partie des attributions.

Les attributions d'un travailleur social peuvent varier selon le service auquel il est attaché. Ainsi, les attributions dans un service d'urgence vont-elles, par exemple, différer sensiblement de celles d'un service de médecine interne générale. Dès lors, il est possible qu'un score inférieur soit attribué à certaines activités parce qu'elles ne sont peut-être exercées intensivement que dans quelques services. On peut donc supposer y trouver les activités qui ont obtenu un score moyen à élevé dans les différents services tandis que les activités obtenant un faible score soit sont moins fréquentes sur toute la ligne, soit sont moins répandues dans certains services.

Pour les **hôpitaux universitaires en Belgique**, nous pouvons retenir les résultats suivants:

Les activités suivantes ont obtenu un score élevé (>= 70%) et sont donc désignées par la plupart des travailleurs sociaux comme faisant partie de leurs attributions:

	Score de l'activité >= 70% HU Belgique			
		Hôpitaux universitaires en Belgique (7) (moyenne)	Hôpitaux universitaires dans la partie néerlandophone du pays (4)	Hôpitaux universitaires dans la partie francophone du pays
Aide psychosociale (APS)		81%	83%	79%
Sensibilisation et défense des intérêts		87%	89%	86%
Conseil		86%	90%	83%
Enregistrement des activités des patients		79%	82%	77%
Concertation (coordination des soins)		80%	80%	80%
Mutuelle	Information	74%	71%	76%
	Réorientation	70%	67%	72%
Agence flamande- PHARE-AWIPH	information	86%	84%	87%
	réorientation	74%	76%	71%
Assurabilité	information	87%	79%	94%
	réorientation	84%	76%	91%
Aide adm/financ liée à l'hôpital	information	78%	72%	84%
	réorientation	71%	68%	74%
Autre aide adm/financ	information	73%	81%	65%
	réorientation	71%	80%	62%
Soins à domicile	information	81%	83%	78%
	réorientation	76%	78%	74%
Aménagements résidentiels	information	74%	62%	86%
	réorientation	70%	59%	81%
Logement	information	70%	52%	87%
Travail	information	78%	89%	67%
	réorientation	75%	89%	62%
Réglementations destinées aux patients étrangers	information	70%	79%	60%
Maladies professionnelles et accidents de travail	information	74%	71%	76%
	réorientation	70%	68%	71%
Autre forme d'assistance	information	76%	75%	77%
	réorientation	72%	71%	73%
Réglementation des transports	information	93%	90%	95%
	réorientation	88%	85%	91%
	demande effective	85%	85%	84%
	suivi	76%	77%	74%

L'aide psychosociale (81%), la sensibilisation et la défense des intérêts (87%), le conseil (86%), l'enregistrement (79%) et la concertation-coordination en matière de soins (80%) ont également obtenu des scores élevés.

Le groupe total (>=70%) se compose principalement des sous-activités **communication d'informations** et **réorientation**. La seule exception constatée s'avère la **demande effective** (85%) et le **suivi** (76%) à propos de la **réglementation des transports**.

Nous pouvons conclure pour la Belgique que 18 des 25 activités-clés (72%) appartiennent à la catégorie la plus élevée (représentant > 70% de leurs attributions).
La communication d'informations et la réorientation sont largement considérées par les travailleurs sociaux comme des éléments de leurs attributions. Et ce contrairement aux demandes effectives et au suivi. Une éventuelle explication de cette constatation est la durée de séjour de plus en plus courte en hôpital et la portée très étendue des attributions. Par ailleurs, le travailleur social doit s'accorder de plus en plus avec les services de première ligne. La collaboration intensive entre les deux secteurs ne cesse d'augmenter.

Les hôpitaux universitaires dans la partie néerlandophone du pays suivent à peu près la même tendance que les statistiques pour la Belgique. Les travailleurs sociaux dans un hôpital universitaire dans la partie néerlandophone du pays donnent un score inférieur (de 11% à 12%) pour les activités **communication d'informations et réorientation** concernant les aménagements résidentiels. Dans la rubrique logement, nous observons également la même tendance, à savoir que la **communication d'informations** connaît un score inférieur de 18% pour la partie néerlandophone du pays par rapport à l'ensemble des résultats pour la Belgique. En revanche, il faut remarquer qu'un score supérieur est obtenu, de 11% pour l'activité communication d'informations et de 14% pour l'activité réorientation en matière d'emplois.

Les scores des activités obtenus dans les **hôpitaux universitaires dans la partie francophone du pays** connaissent également une tendance quasi-similaire à celle obtenue dans les hôpitaux universitaires en Belgique. Les activités qui constituent une exception et obtiennent un score plus élevé sont : activités relatives à la communication d'informations et la réorientation pour les aménagements résidentiels (11% à 12%) et communication d'informations concernant le logement (17%). Deux activités ont obtenu un score inférieur de 11% à 13%, à savoir la communication d'informations et la réorientation en matière d'emploi.

Dans la liste précédente, la **communication d'informations et la réorientation** sont également considérées comme des sous-activités principales pour les parties néerlandophone et francophone du pays.

On peut donc supposer que, pour les activités énumérées, la communication d'informations et la réorientation en déterminent le score élevé et ce à la fois dans les hôpitaux universitaires de Belgique et dans les régions néerlandophone et francophone du pays.

Le tableau ci-dessous illustre les résultats pour la catégorie >= 50% et < 70%:

		Score de l'activité >= 50% et < 70% HU Belgique		
		Hôpitaux universitaires Belgique (moyenne)	Hôpitaux universitaires Partie néerlandophone du pays (4)	Hôpitaux universitaires Partie francophone du pays (3)
Recherche et reporting		65%	71%	59%
Signalement		56%	68%	44%
INAMI	Information	57%	57%	57%
	Réorientation	54%	56%	52%
Franchises et réductions	Information	67%	64%	70%
	Réorientation	61%	59%	63%
Assurabilité	demande effective	65%	58%	71%
	Suivi	58%	46%	71%
Aide adm/financ liée à l'hôpital	demande effective	61%	61%	62%
	Suivi	55%	49%	62%

Aménagements résidentiels	demande effective	55%	38%	71%
Logement	Réorientation	67%	50%	83%
Réglementations pour patients étrangers	Réorientation	65%	72%	58%
Carte sociale	Information	65%	64%	66%
	Réorientation	66%	69%	63%
Activités non liées au patient		55%	51%	58%

Le tableau précédent montre à nouveau pour la Belgique la prépondérance des sous-rubriques de la **'communication d'informations**' (à propos de l'INAMI (57%), des franchises et réductions (67%), de la carte sociale (65%)) et la **'réorientation'** (concernant l'INAMI (54%), les franchises et réductions (61%), le logement (67%), les réglementations pour les patients étrangers (65%), la carte sociale (36%).

Viennent ensuite la **demande effective** d'assurabilité, d'une aide administrative et financière liée à l'hôpital ainsi que d'aménagements résidentiels dans cette catégorie intermédiaire (supérieure ou égale à 50% et inférieure à 70%). Le **suivi** dans le cadre de l'assurabilité (58%) et de l'aide administrative et financière liée à l'hôpital (55%) affiche également un score dans cette catégorie.

Enfin, les travailleurs sociaux ont indiqué que la recherche et le reporting représentaient 65% de leurs attributions, le signalement 56% et les activités non liées au patient 55%.
Ces scores s'expliquent par les sous-activités sous-jacentes spécifiques. Plusieurs exemples sont décrits ci-dessous :

- recherche et reporting: ce faible score peut être attribué à l'item sous-jacent visite à domicile (27%). Dans certains hôpitaux, cet item a obtenu un score 0, ce qui, naturellement, influence beaucoup la moyenne totale. L'anamnèse psychosociale, cependant, enregistre un score élevé, à savoir 95%, dans l'activité-clé recherche et reporting.
- activités non liées au patient: la même argumentation pour cette activité-clé peut être invoquée. L'institution de la recherche (28%) et des publications (14%) comme sous-rubrique porte l'activité globale à un score moyen. En revanche, un score de 85% est obtenu pour la Belgique pour la participation à une formation interne.

Les résultats obtenus au terme du sondage des travailleurs sociaux opérant dans des **hôpitaux universitaires dans la partie néerlandophone du pays** suivent à peu près la même tendance que les statistiques de Belgique. Les travailleurs sociaux de la partie néerlandophone du pays donnent cependant un score plus élevé de 12% pour l'activité signalement. Pour l'activité **suivi** à propos de l'assurabilité, le score est inférieur de 12% et pour la **demande effective** en matière d'aménagements résidentiels et de logement, le score est inférieur de 17%. Les pourcentages obtenus pour les travailleurs sociaux des hôpitaux universitaires dans la partie néerlandophone du pays indiquent que les activités recherche et reporting et les réglementations pour les patients étrangers ne doivent pas être placées dans la catégorie d'un score obtenu entre >= 50% et < 70% mais bien de >= 70%.

Les scores des activités obtenus pour les **hôpitaux universitaires dans la partie francophone du pays** connaissent également une tendance plus ou moins équivalente à celle des hôpitaux universitaires en Belgique. Les activités qui constituent une exception et obtiennent un score plus élevé sont : activités relatives au suivi de l'assurabilité avec un score supérieur de 13%, la demande effective en aménagements résidentiels et la réorientation concernant le logement qui enregistrent tous deux un score supérieur de 16% aux résultats obtenus pour les hôpitaux universitaires en Belgique. Une activité a obtenu un score inférieur

de 12%, à savoir le signalement. Les activités communication d'informations concernant les franchises et réductions, la demande effective et le suivi concernant l'assurabilité, la demande effective concernant les demandes résidentielles et la réorientation en matière de logement doivent être placées dans le groupe de score >= 70%.

Le signalement connaît un score plus élevé dans la partie néerlandophone du pays et un score inférieur dans la partie francophone du pays par rapport au résultat général de la Belgique. Le **suivi** relatif à l'assurabilité, les **demandes effectives** pour les aménagements résidentiels et **la réorientation** en matière de logements enregistrent dans les hôpitaux universitaires de la partie néerlandophone du pays un résultat inférieur au résultat généralement obtenu mais supérieur dans la partie francophone du pays.

Enfin, les aspects suivants du travail social sont considérés comme faisant partie moins souvent (< 50%) des attributions:

Score activité < 50% HU Belgique				
		Hôpitaux universitaires Belgique (moyenne)	Hôpitaux universitaires Partie néerlandophone du pays (4)	Hôpitaux universitaires Partie francophone du pays (3)
Grossesse chez l'adolescente et toxicomanie		33%	37%	29%
INAMI	demande effective	24%	19%	28%
	suivi	28%	24%	32%
Mutuelle	demande effective	37%	33%	42%
	suivi	37%	35%	39%
Franchises et réductions	demande effective	30%	29%	31%
	suivi	31%	29%	33%
Agence flamande- PHARE-AWIPH	demande effective	42%	31%	52%
	suivi	44%	35%	53%
Autre aide administrative et financière	demande effective	35%	32%	37%
	suivi	35%	31%	38%
Soins à domicile	demande effective	45%	33%	56%
	suivi	40%	29%	50%
Aménagements résidentiels	suivi	45%	34%	56%
Logement	demande effective	30%	21%	38%
	suivi	28%	18%	37%
Travail	demande effective	37%	57%	17%
	suivi	38%	61%	15%
Réglementations pour patients étrangers	demande effective	48%	60%	37%
	suivi	43%	55%	31%
Maladies professionnelles et accidents de travail	demande effective	33%	36%	29%
	suivi	32%	36%	28%
Autre aide	demande effective	49%	50%	48%
	suivi	42%	44%	39%
Carte sociale	demande effective	38%	36%	40%
	suivi	33%	31%	34%

Le tableau précédent permet de remarquer que ce sont principalement les **demandes effectives et la sous-rubrique suivi** qui enregistrent un faible score en ce qui concerne les résultats pour la Belgique. On observe cependant que ces rubriques enregistrent systématiquement un score élevé dans les catégories 'communication d'informations' et 'réorientation'.

La grossesse chez l'adolescente et la toxicomanie enregistrent un faible score, seuls 33% des travailleurs sociaux interrogés ont signalé que cette activité faisait partie de leurs attributions. Ce faible score s'explique vraisemblablement par le fait que l'exercice de cette activité est spécifiquement lié à certains services. Pendant la discussion des résultats avec les responsables de service dans la partie néerlandophone du pays et les travailleurs sociaux individuels de l'UZ Gent, cette hypothèse a pu être confirmée.

Les résultats obtenus lors du sondage de travailleurs sociaux actifs dans un **hôpital universitaire dans la partie néerlandophone du pays** suivent à peu près la même tendance que les statistiques des hôpitaux universitaires en Belgique. L'exercice d'activités en matière de **travail** (demande effective et suivi) enregistre cependant un score supérieur de plus de 20% aux résultats pour la Belgique. Les demandes effectives et le suivi à propos des **réglementations pour les patients étrangers** connaissent également un score supérieur de plus de 10% dans la partie néerlandophone du pays. Dans les rubriques **Agence flamande- PHARE- AWIPH, logement et soins à domicile** (demande effective et suivi), le résultat contraire est à nouveau obtenu, à savoir pour les hôpitaux universitaires dans la partie néerlandophone du pays, un score inférieur d'environ 10% à chaque fois est obtenu par rapport aux résultats dans les hôpitaux universitaires en Belgique.

Les hôpitaux universitaires dans la partie francophone du pays connaissent également une tendance similaire. Les activités qui constituent une exception et enregistrent une différence de score de >= 10% sont les suivantes : demande effective concernant l'Agence flamande- PHARE - AWIPH, soins à domicile et suivi concernant les soins à domicile et les aménagements résidentiels. Le suivi concernant le travail, les réglementations pour les patients étrangers et la demande effective en la matière connaissent un score inférieur de plus de 10%. La principale différence dans le pourcentage obtenu réside dans la demande effective concernant le travail. En l'occurrence, le pourcentage est inférieur de 20% à celui obtenu dans les hôpitaux universitaires en Belgique.

Sur la base des commentaires précédents, nous pouvons conclure comme suit:

- La demande effective et le suivi concernant l'Agence flamande- PHARE- AWIPH et les soins à domicile connaissent un score inférieur dans les hôpitaux universitaires dans la partie néerlandophone du pays et un score supérieur dans la partie francophone du pays par rapport au résultat général de la Belgique.

- Le suivi concernant le travail de réglementation pour les patients étrangers connaît un score plus élevé dans les hôpitaux universitaires dans la partie néerlandophone du pays et un score inférieur dans la partie francophone du pays. La principale différence (plus de 20%) réside dans la demande effective concernant le travail. La partie néerlandophone du pays enregistre un score nettement supérieur sur ce plan et la partie francophone du pays nettement inférieur au résultat général obtenu en Belgique.

- Dans la liste précédente, la demande effective et le suivi se retrouvent systématiquement. Dans toutes les activités au score faible, la combinaison avec ces deux sous-activités est opérée. On peut donc supposer que, pour les activités à faible score, la demande effective et le suivi en déterminent le score, à la fois dans les hôpitaux universitaires de Belgique et les parties néerlandophone et francophone du pays.

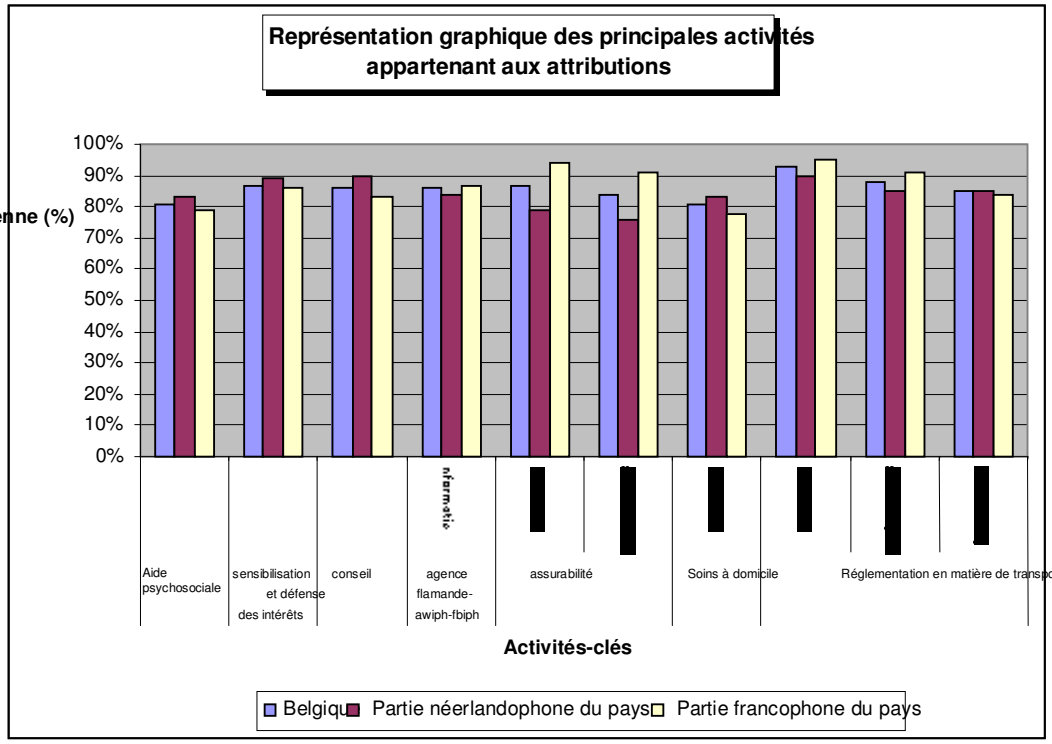
Enfin, à partir de ce premier sondage des travailleurs sociaux dans les hôpitaux universitaires, nous voulons dégager un peloton de tête général des principales activités-clés dans leurs attributions

	(10) principales (sous-)activités du travail social dans les HU Belgique			
		Hôpitaux universitaires Belgique (7)	Hôpitaux universitaires Partie néerlandophone du pays (4)	Hôpitaux universitaires Partie francophone du pays (3)
Aide psychosociale		81%	83%	79%
Sensibilisation et défense des intérêts		87%	89%	86%
Conseil		86%	90%	83%
Agence flamande-PHARE- AWIPH	information	86%	84%	87%
Assurabilité	information	87%	79%	94%
	réorientation	84%	76%	91%
Soins à domicile	information	81%	83%	78%
Réglementation des transports	information	93%	90%	95%
	réorientation	88%	85%	91%
	demande effective	85%	85%	84%

Le tableau 'principales (sous-)activités du travail social dans les hôpitaux universitaires en Belgique' présente 7 activités qui enregistrent un score élevé à la fois dans les données générales et dans les listes distinctes pour les parties néerlandophone et francophone du pays (à savoir >= 70%). Les activités qui se rapportent à la **coordination des soins** s'illustrent dans ce peloton de tête. Comme nous l'avons déjà indiqué précédemment, les rubriques communication d'informations et réorientation s'expriment systématiquement. La grande exception réside dans la réglementation des transports qui ajoute aussi la demande effective et la réorientation à ces 2 items. En revanche, la sensibilisation et la défense des intérêts, le conseil et l'aide psychosociale enregistrent des scores suffisamment élevés pour appartenir aux principales activités indiquées.

Des résultats similaires sont obtenus dans les hôpitaux universitaires de la partie néerlandophone du pays. Dans leur peloton de tête individuel, cependant, les activités communication d'informations et réorientation en matière d'emploi (89%) sont encore ajoutées. Les hôpitaux universitaires de la partie francophone du pays ajoutent la communication d'informations concernant l'aide administrative et financière liée à l'hôpital (84%), les aménagements résidentiels (86%) et le logement (87%) à leurs principales activités.

Le graphique ci-dessous permet également de remarquer que le peloton de tête des activités obtenu à partir des résultats généraux pour la Belgique s'apparente étroitement aux scores obtenus pour les hôpitaux universitaires des parties néerlandophone et francophone du pays. Seules les activités communication d'informations et réorientation concernant l'assurabilité montrent sur ce graphique une différence de pourcentage mais l'activité conserve quand même un score élevé.



1.2 Hôpitaux généraux en Belgique

Comme nous l'avons déjà indiqué, un sondage a été réalisé sur la base de la liste globale des activités auprès des hôpitaux généraux en Belgique à propos de l'exercice ou non d'une activité déterminée. Ce questionnaire a été remis aux hôpitaux généraux participants et complété par **une seule personne** (cfr. 1.2.1.4 Fonctions des répondants) attachée au service social de l'hôpital, au nom de tous les travailleurs sociaux et non sur une base individuelle. La différence de mode d'interrogation doit naturellement être prise en considération dans le processus décisionnel et ne permet pas une comparaison unilatérale avec les hôpitaux universitaires. Les pourcentages obtenus indiquent dans quelle mesure une activité déterminée est exercée dans un hôpital général par les travailleurs sociaux, quel que soit le service dans lequel ils sont employés. Tous les résultats obtenus pour les hôpitaux généraux peuvent être retrouvés en annexe 11.

Les principaux résultats seront illustrés par analogie aux hôpitaux universitaires. Les pourcentages dans les tableaux correspondent à leur tour à la mesure dans laquelle une activité appartient aux attributions des travailleurs sociaux (dans leur totalité). Les résultats individuels par hôpital et classés par province ne font pas l'objet de cette description. Seules les statistiques globales pour tous les hôpitaux généraux dans les parties néerlandophone et francophone du pays figurent dans la liste, de même que le pourcentage moyen total pour les hôpitaux universitaires en Belgique.

Trois groupes de pourcentages sont à nouveau distingués à partir des activités énumérées, à savoir:

- >= 70% (score élevé)
- >= 50% et < 70% (score moyen)
- < 50% (score faible)

On peut supposer que, plus le pourcentage attribué à une activité déterminée est élevé, plus cette activité est considérée comme faisant partie des attributions.

Pour les **hôpitaux généraux en Belgique**, nous pouvons retenir les résultats suivants :

Les activités suivantes ont reçu un score élevé (>= 70%) et sont donc en grande partie identifiées comme faisant partie des attributions:

Score activités >= 70% HG Belgique				
Activités du travail social		Hôpitaux généraux Belgique (110)	Hôpitaux généraux Partie néerlandophone du pays (63)	Hôpitaux généraux Partie francophone du pays (47)
Aide psychosociale		82%	83%	80%
Recherche et reporting		73%	82%	64%
Sensibilisation et défense des intérêts		87%	97%	77%
Signalement		71%	92%	49%
Conseil		80%	88%	72%
Enregistrement d'activités de patients		92%	97%	87%
Concertation (coordination des soins)		89%	93%	85%
INAMI	réorientation	81%	82%	79%
Mutuelle	information	88%	89%	87%
	réorientation	91%	90%	92%
Franchises et réductions	information	74%	73%	75%
	réorientation	84%	86%	82%
Agence flamande- PHARE- AWIPH	information	91%	90%	92%
	réorientation	95%	98%	92%
Assurabilité	information	90%	89%	90%
	réorientation	93%	92%	93%
Aide adm/financ liée à l'hôpital	information	74%	71%	76%
Autre aide adm/financ	information	77%	81%	72%
	réorientation	82%	85%	78%
Soins à domicile	information	96%	98%	93%
	réorientation	94%	93%	95%
	demande effective	92%	94%	90%
Aménagements résidentiels	information	98%	97%	99%
	réorientation	94%	89%	99%
	demande effective	97%	96%	98%
Logement	information	88%	87%	89%
	réorientation	95%	98%	92%
Travail	information	84%	90%	77%
	réorientation	86%	90%	82%
Réglementations pour patients étrangers	information	70%	74%	66%
	réorientation	72%	77%	66%

Maladies professionnelles et accidents de travail	information	82%	81%	82%
	réorientation	88%	87%	89%
Autre aide	information	89%	87%	90%
	réorientation	90%	87%	92%
	demande effective	76%	73%	78%
Réglementation des transports	information	99%	98%	100%
	réorientation	91%	84%	98%
	demande effective	92%	90%	94%
Carte sociale	information	85%	88%	81%
	réorientation	85%	89%	81%
Activités non liées au patient		81%	80%	81%

Dans le tableau précédent, de nombreuses activités peuvent être retrouvées. Remarquez à nouveau qu'il s'agit principalement de la **communication d'informations** et de la réorientation. Seules 4 activités y ajoutent également la demande effective, à savoir les soins à domicile (92%), les aménagements résidentiels (97%), les autres formes d'aide (76%) et la réglementation des transports (92%).

Un score élevé a également été attribué à l'aide psychosociale (82%), à la recherche et au reporting (73%), à la sensibilisation et la défense des intérêts (87%), au signalement (71%), au conseil (80%), à l'enregistrement d'activités liées aux patients (92%), à la concertation dans le cadre de la coordination des soins (89%) et aux activités non liées aux patients (81%).

La sélection des principales activités (appartenant au groupe de >=70%) présente 24 des 25 activités, à savoir 96% des activités-clés ont reçu un score élevé. Seule la grossesse chez les adolescentes et la toxicomanie sont écartées et doivent se situer dans la moyenne. La possibilité de nuancer par rapport au sondage individuel dans les hôpitaux universitaires peut être avancée comme argumentation en ce sens. Cependant, la tendance de scores élevés pour la communication d'informations et la réorientation est conservée.

A l'exception de 2 activités qui connaissent une différence de pourcentage de >=10%, les **hôpitaux généraux dans la partie néerlandophone du pays** connaissent à peu près la même tendance que les statistiques pour la Belgique. Les répondants dans cette partie du pays indiquent un score de 92% par rapport à la Belgique (71%), soit une différence de 21% pour le signalement et une différence similaire de 10% pour la sensibilisation et la défense des intérêts (97% contre 87%).

Les scores des activités obtenus pour les **hôpitaux généraux dans la partie francophone du pays** connaissent également une tendance plus ou moins similaire à celle des hôpitaux généraux en Belgique. La seule activité qui constitue une exception et obtient un score inférieur de 12% est le signalement. Les pourcentages indiquent également que 3 activités doivent être placées dans le groupe des scores inférieurs par rapport aux résultats obtenus dans les hôpitaux généraux de Belgique. Les activités: recherche et reporting, communication d'informations et réorientation en matière de maladies professionnelles et d'accidents de travail doivent être placées dans le groupe de scores >= 50% et < 70%.Une seule activité qui obtient un score total de 100% et a donc été indiquée par toutes les personnes interrogées comme faisant partie des attributions d'un travailleur social au sein d'un hôpital général dans

la partie francophone du pays est la communication d'informations en matière de réglementation des transports.

La communication d'informations et la réorientation sont à chaque fois indiquées comme sous-activité principale dans la liste précédente.

Les activités qui sont désignées par >= 50% et < 70% des personnes interrogées attachées au service social des hôpitaux généraux participants comme faisant partie de leurs attributions sont indiquées ci-dessous:

Score activités >= 50% et < 70% HG Belgique				
Activités du travail social		Hôpitaux généraux Belgique (110)	Hôpitaux généraux Partie néerlandophone du pays (63)	Hôpitaux généraux Partie francophone du pays (47)
Grossesse des adolescentes et toxicomanie		63%	62%	63%
INAMI	Information	69%	69%	69%
Mutuelle	demande effective	51%	40%	62%
Assurabilité	demande effective	69%	49%	88%
	Suivi	56%	44%	68%
Aide adm/financ liée à l'hôpital	Réorientation	69%	65%	72%
	demande effective	54%	44%	63%
Autre aide adm/financ	demande effective	54%	43%	64%
Soins à domicile	Suivi	60%	66%	53%
Aménagements résidentiels	Suivi	63%	68%	57%
Logement	demande effective	58%	55%	60%
Réglementations pour patients étrangers	demande effective	57%	54%	60%
Réglementation des transports	Suivi	62%	62%	62%
Carte sociale	demande effective	68%	67%	68%

Dans cette catégorie moyenne, ce sont plutôt les demandes effectives et le suivi des aspects du travail social qui s'illustrent à nouveau. En revanche, la communication d'informations – concernant l'Office national de Sécurité sociale (69%) apparaît seulement 1x, tout comme la réorientation concernant l'aide administrative et financière liée à l'hôpital (69%) dans les activités relevant de la catégorie >= 50% et < 70%.

Les résultats obtenus au terme du sondage des **hôpitaux généraux dans la partie néerlandophone du pays** suivent à peu près la même tendance que les statistiques des hôpitaux généraux de Belgique. Les répondants dans la partie néerlandophone du pays donnent cependant un score inférieur pour la **demande effective** de matières liées aux mutuelles (40% contre 51%), de l'assurabilité (49% contre 69%), de l'assistance administrative et financière liée aux hôpitaux (44% contre 54%) et d'une autre aide administrative et financière (43% contre 54%). L'activité **suivi** concernant l'aide dans le cadre de l'assurabilité obtient un score inférieur de 12% au résultat obtenu pour les hôpitaux généraux en Belgique.

Les scores des activités obtenus pour les **hôpitaux généraux dans la partie francophone du pays** connaissent également une évolution pratiquement similaire à celle obtenue pour les hôpitaux généraux en Belgique. Les activités qui constituent une exception et obtiennent un score de > 10% sont : activités relatives à la demande effective aux mutuelles et suivi relatif à l'assurabilité qui obtiennent un score supérieur de 11% à 12%. La principale différence dans le pourcentage obtenu réside dans la demande effective en matière d'assurabilité qui obtient un score supérieur de 19% au pourcentage généralement obtenu. Les pourcentages obtenus dans les hôpitaux généraux dans la partie francophone du pays indiquent que les activités en matière de demande effective d'assurabilité et de réorientation de l'aide administrative et financière liée aux hôpitaux ne doivent pas être classées dans la catégorie des scores obtenus >= 50% et < 70% mais bien dans la catégorie >= 70%.

La **demande effective** concernant les mutuelles, l'assurabilité et l'aide administrative et financière et le suivi concernant l'assurabilité enregistre dans les hôpitaux généraux dans la partie néerlandophone du pays un score inférieur et dans la partie francophone du pays un score supérieur aux résultats généralement obtenus.

Les activités qui sont citées moins fréquemment (<50%) par les répondants attachés au service social de l'hôpital général participant comme faisant partie des attributions du travailleur social sont illustrées ci-dessous:

Score activités < 50% HG Belgique				
Activités du travail social		Hôpitaux généraux Belgique (110)	Hôpitaux généraux Partie néerlandophone du pays (63)	Hôpitaux généraux Partie francophone du pays (47)
INAMI	demande effective	36%	27%	45%
	suivi	24%	18%	30%
Mutuelle	suivi	36%	23%	48%
Exonérations et réductions	demande effective	39%	36%	42%
	suivi	26%	20%	32%
Agence flamande- PHARE-AWIPH	demande effective	46%	37%	55%
	suivi	41%	35%	47%
Aide adm/financ liée à l'hôpital	suivi	34%	27%	41%
Autre aide adm/financ	suivi	34%	28%	39%
Logement	suivi	32%	33%	30%
Travail	demande effective	32%	30%	33%
	suivi	18%	17%	19%
Réglementations pour patients étrangers	suivi	42%	37%	46%
Maladies professionnelles et accidents de travail	demande effective	44%	33%	55%
	suivi	29%	25%	33%
Autre aide	suivi	47%	49%	45%
Carte sociale	suivi	37%	33%	40%

Le tableau ci-dessous permet de remarquer qu'en ce qui concerne les résultats pour la Belgique, les **demandes effectives et** le **suivi**, surtout, appartiennent à la catégorie minimale. On observe cependant - comme dans les hôpitaux universitaires - que ces items enregistrent

systématiquement des scores élevés pour la "communication d'informations" et la "réorientation".

Les résultats obtenus dans le sondage dans la **partie néerlandophone du pays** suivent approximativement, à l'exception de 2 activités qui présentent une différence de score de > 10%, la même tendance que les statistiques des hôpitaux généraux en Belgique. Le suivi de l'aide dans le cadre de mutuelles (13%) et la demande effective concernant les maladies professionnelles et les accidents de travail (11%) enregistrent un score inférieur dans la partie néerlandophone du pays par rapport au total général en Belgique.

Les **hôpitaux généraux dans la partie francophone du pays** connaissent à peu près une tendance similaire. Les activités qui constituent une exception et présentent une différence >10% de pourcentage sont les suivantes: le suivi concernant les exonérations et réductions enregistre un score supérieur de 12% au résultat des hôpitaux généraux en Belgique. Les activités demande effective concernant l'Agence Flamande,PHARE, AWIPH les maladies professionnelles et les accidents de travail obtiennent un score >= 50% et peuvent être incluses dans une catégorie de score supérieure, à savoir >= 50% et < 70%.

En conclusion, nous pouvons affirmer que :

- dans la liste précédente, la demande effective et le suivi reviennent systématiquement (cfr hôpitaux universitaires).
- La demande effective de matières liées à INAMI, l'Agence flamande- PHARE-AWIPH et les maladies professionnelles et accidents du travail dans les parties néerlandophone et francophone du pays est toujours inversement proportionnelle aux résultats des hôpitaux généraux pour la Belgique.
- Dans la rubrique suivi de l'aide relative aux mutuelles, on obtient un score inférieur pour les hôpitaux généraux dans la partie néerlandophone du pays et un score supérieur dans la partie francophone du pays par rapport au résultat général de la Belgique.

Enfin - comme pour les hôpitaux universitaires - nous tenons à présenter à partir de ce premier sondage un top général des activités-clés et les plus fréquentes dans leurs attributions.

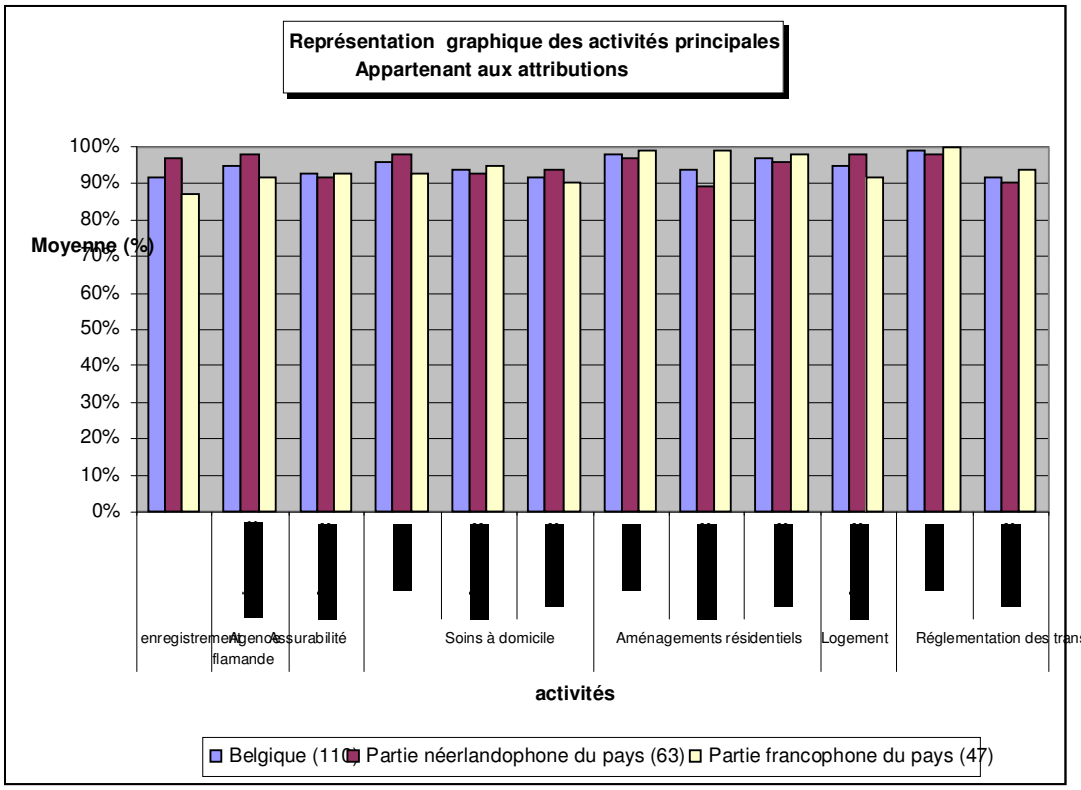
(10) principales (sous-)activités du travail social HG Belgique				
Activités du travail social		Hôpitaux généraux Belgique (110)	Hôpitaux généraux Partie néerlandophone du pays (63)	Hôpitaux généraux Partie francophone du pays (47)
Enregistrement		92%	97%	87%
Agence flamande- PHARE-AWIPH	Réorientation	95%	98%	92%
Assurabilité	Réorientation	93%	92%	93%
Soins à domicile	Information	96%	98%	93%
	Réorientation	94%	93%	95%
	demande effective	92%	94%	90%
Aménagements résidentiels	Information	98%	97%	99%
	Réorientation	94%	89%	99%
	demande effective	97%	96%	98%
Logement	Réorientation	95%	98%	92%
Réglementation des transports	Information	99%	98%	100%
	demande effective	92%	90%	94%

Le tableau "principales (sous-)activités du travail social des HG en Belgique présente 7 activités qui indiquent un score élevé à la fois dans les données générales et dans la liste distincte pour les hôpitaux généraux dans les parties néerlandophone et francophone du pays (à savoir ≥ 70%). Les activités relatives à la coordination des soins arrivent en bonne position dans ce peloton de tête. L'Agence Flamande- PHARE- AWIPH (réorientation), l'assurabilité (réorientation), les soins à domicile (informations, réorientation et demande effective), les aménagements résidentiels (informations, réorientation et demande effective), le logement (réorientation) et la réglementation des transports (informations et demande effective) constituent le top des activités qui ont été indiquées par la plupart des personnes interrogées comme faisant partie des attributions de travailleurs sociaux.

Les **hôpitaux généraux dans la partie néerlandophone du pays** suivent la même liste que celle de la Belgique. Dans leur peloton de tête individuel, les activités de sensibilisation et de défense des intérêts (97%) et la concertation (coordination des soins) (93%) sont encore ajoutées. Les **hôpitaux généraux de la partie francophone du pays** ajoutent la réorientation en matière de mutuelles (92%) et d'autres formes d'aides (92%) à leur liste.

Le graphique ci-dessous illustre à nouveau clairement que le top des activités obtenues à partir des résultats des hôpitaux généraux en Belgique correspond en grande partie aux scores obtenus dans ces parties néerlandophone et francophone du pays.

réorienter



doorverwijzen: réorienter
informatie: information
eff aanvraag: demande effective

2. RÉSULTATS DU QUESTIONNAIRE SUR L'IMPORTANCE

1.1 Introduction

Comme nous l'avons déjà signalé, nous avons sondé dans le questionnaire sur l'importance plusieurs paramètres généraux, les activités dans le contexte de travail actuel et idéal et les facteurs d'influence (annexe 12) sur la situation de travail actuelle. Dans l'analyse suivante des résultats, tant les activités principales que les moins importantes seront abordées. En l'occurrence, nous partons à chaque fois de la question de la classification et nous la comparons aux questions générales relatives à l'importance qu'accorde le travailleur social à une activité déterminée et/ou si celui-ci a la volonté, la capacité et la faculté de la prendre en charge.

1.2 Commentaire des principales activités-clés dans le contexte de travail actuel et idéal

Dans le questionnaire sur l'importance des activités il a été demandé aux travailleurs sociaux de classifier 12 activités par ordre d'importance du plus grand (12) au plus petit (1) et ceci, tant dans un contexte de travail actuel que dans un contexte de travail idéal.
Ensuite ils ont dû marquer leur accord ou désaccord par rapport à différentes activités (« tout à fait d'accord -d'accord -pas d'accord -pas du tout d'accord ») et ce dans les deux contextes de travail (actuel et idéal).
La dernière partie a consisté à préciser, par rapport aux mêmes activités, s'ils avaient assez de temps, de compétence, d'espace, d'identification et de reconnaissance pour ce faire.

Avant de commencer les commentaires des différents tableaux, il faut remarquer une erreur de traduction, le « mogen » néerlandais ayant été traduit comme « moeten » et donc par « devoir » et non « pouvoir »; pour la partie francophone, nous parlerons donc de « devoir » effectuer certaines activités.

Les tableaux ci-dessous permettent de dégager, sur la base de la question de la classification, **les activités principales (SCORE 12 - 7) dans la situation de travail actuelle et idéale des travailleurs sociaux au sein d'un hôpital universitaire en Belgique et dans les parties néerlandophone et francophone du pays**. Dans la liste, le top 3 des activités, le nombre de travailleurs sociaux ainsi que le pourcentage par rapport au nombre total de travailleurs sociaux (174) sont présentés dans la liste par ordre dans le classement.

Importance des activités de la situation de travail actuelle en Belgique								
catégorie de réponses 12-7	activité (nombre)	% par rapport au nombre total de personnes	activité (nombre)	% par rapport au nombre total de personnes	activité (nombre)	% par rapport au nombre total de personnes	activité (nombre)	% par rapport au nombre total de personnes
12	aide psychosociale		coordination des soins		aide soc-adm			
	77	44%	47	27%	16	9%		
11	coordination des soins		aide soc-adm		recherche et reporting			
	39	22%	32	18%	28	16%		
10	aide soc-adm		recherche et reporting		aide fin-adm			
	43	25%	27	16%	25	14%		
9	aide fin-adm		aide soc-adm		coordination des soins			
	35	20%	33	19%	18			
8	aide fin-adm		aide soc-adm		aide jur-adm		prévention	
	33	19%	20	11%	20	11%	20	11%
7	aide jur-adm		aide fin-adm		défense des intérêts			
	29	17%	24	14%	21	12%		

Importance des activités de la situation de travail idéale en Belgique						
catégorie de réponses 12-7	Activité (nombre)	% par rapport au nombre total de personnes	activité (nombre)	% par rapport au nombre total de personnes	activité (nombre)	% par rapport au nombre total de personnes
12	aide psychosociale		coordination des soins		recherche et reporting	
	100	57%	23	13%	18	10%
11	coordination des soins		aide soc-adm		recherche et reporting	
	50	29%	24	14%	22	13%
10	aide soc-adm		coordination des soins		recherche et reporting	
	37	21%	33	19%	25	14%
9	aide soc-adm		aide fin-adm		prévention	
	36	21%	29	17%	25	14%
8	aide fin-adm		aide soc-adm		recherche et reporting	
	28	16%	21	12%	19	11%
7	aide fin-adm		aide jur-adm		défense des intérêts	
	35	20%	22	13%	21	12%

Les activités aide psychosociale, coordination des soins, aide sociale et administrative et recherche/reporting sont considérées par les travailleurs sociaux interrogés dans **un hôpital universitaire en Belgique** comme les principales activités. Ces quatre activités peuvent être réparties dans le top 3 des rangs 12 à 7. Ces 4 activités sont discutées ci-dessous.

- **L'aide psychosociale** est indiquée par 77 (44%) des travailleurs sociaux interrogés comme l'activité principale (12e rang) dans leurs attributions actuelles.

Etant donné que seules les 3 activités principales ont été retenues par classement dans la liste, le tableau ne montre pas que 22 travailleurs sociaux (11%) placent également l'aide psychosociale au rang 11. Nous pouvons en conclure que 55% (88) des travailleurs sociaux interrogés considèrent l'aide psychosociale comme une activité très importante dans leur contexte de travail actuel. Les scores pour cet item dans le contexte de travail idéal sont encore plus élevés. 100 (57%) des travailleurs sociaux interrogés indiquent en effet que l'aide psychosociale est l'activité principale dans un contexte de travail idéal.

Si nous considérons les scores (>= 70%) du sondage sur l'importance pour l'activité aide psychosociale, nous obtenons les résultats suivants:

Comparaison importance, capacité, faculté et volonté sur la base de l'importance dans la situation de travail actuelle (Belgique)

	Sterk d'accord	d'accord	pas d'accord	pas sterk	tout à fait d'accord	d'accord	pas d'accord	pas sterk	Sterk d'accord	d'accord	pas d'accord	pas Sterk	sterk d'accord	d'accord	pas d'accord	pas sterk
Activités	**important**				**Etre capable**				**pouvoir**				**vouloir**			
Aide psychosociale	89%	10%	1%	0%	52%	36%	10%	2%	57%	38%	5%	1%	82%	16%	2%	0%
soutien	86%	14%	0%	0%	53%	38%	10%	0%	58%	37%	3%	1%	78%	22%	0%	0%
médiation psychosociale	61%	38%	1%	0%	31%	57%	11%	1%	41%	51%	7%	1%	51%	43%	6%	0%
Accompagnement	79%	21%	0%	0%	36%	47%	17%	0%	44%	51%	4%	1%	71%	28%	1%	0%

Comparaison importance, capacité, faculté et volonté sur la base de l'importance dans la situation idéale de travail (Belgique)

Activités	d'accord	d'accord	pas d'accord	tout à fait d'accord	d'accord	d'accord	pas d'accord	tout à fait d'accord	d'accord	d'accord	pas d'accord	tout à fait d'accord	d'accord	d'accord	pas d'accord	tout à fait d'accord
	important				**Etre capable**				**pouvoir**				**vouloir**			
Aide psychosociale	87%	13%	0%	0%	83%	15%	1%	0%	82%	14%	4%	1%	85%	13%	2%	0%
soutien	84%	16%	0%	0%	81%	18%	1%	0%	78%	17%	4%	1%	83%	16%	1%	0%
médiation psychosociale	71%	27%	2%	0%	65%	31%	3%	0%	65%	26%	8%	1%	68%	26%	6%	0%
Accompagnement	81%	19%	0%	1%	74%	26%	0%	1%	74%	21%	4%	1%	77%	22%	0%	1%

Plus de 80% de travailleurs sociaux interrogés sont tout à fait d'accord que l'aide psychosociale est une activité importante dans leur situation de travail actuelle et idéale. Dans les deux cas, les travailleurs sociaux s'avèrent également vouloir exercer l'activité dans une large mesure. Seule la sous-activité médiation donne un score légèrement inférieur. Une différence perceptible entre les deux contextes est observée dans la capacité et la faculté d'exercer une aide psychosociale. Dans le contexte de travail idéal, on présente des pourcentages nettement plus élevés.

L'aspect temps peut être un facteur d'influence éventuel. Seuls 29% des travailleurs sociaux déclarent avoir suffisamment de temps (dans la situation de travail actuelle). En revanche, ils signalent posséder des compétences suffisantes (87%) et peuvent s'identifier suffisamment

(84%) avec l'activité de l'aide psychosociale. Dans la sous-activité soutien, ces pourcentages augmentent encore (voir annexe 12).

- En deuxième lieu, la **coordination des soins** s'avère une activité très importante. Dans le contexte de travail actuel, la coordination des soins est placée dans les premiers rangs (11e et 12e rangs) par 49% (86) des travailleurs sociaux interrogés contre 42% (73) dans le contexte de travail idéal.

Si nous considérons les scores (>= 70%) du sondage en matière d'importance pour l'activité de la coordination des soins, nous obtenons les résultats suivants :

Comparaison importance, capacité, faculté et volonté sur la base de l'importance dans la situation idéale de travail (Belgique)																
	tout à fait d'accord	d'accord	pas d'accord	du tout pas d'accord	tout à fait d'accord	d'accord	pas d'accord	du tout pas d'accord	tout à fait d'accord	d'accord	pas d'accord	du tout pas d'accord	tout à fait d'accord	d'accord	pas d'accord	du tout pas d'accord
Activités	**belangrijk**				**kunnen**				**mogen**				**willen**			
coordination des soins	75%	25%	1%	0%	43%	50%	7%	1%	56%	42%	2%	0%	66%	32%	2%	0%
communication d'informations_coordination des soins	79%	21%	0%	0%	59%	38%	3%	0%	64%	35%	1%	0%	74%	26%	0%	0%
collaboration_ coordination des soins	78%	22%	0%	0%	49%	46%	5%	1%	54%	45%	1%	1%	71%	28%	1%	0%
intégration du réseau social_coordination des soins	70%	30%	0%	0%	42%	50%	7%	1%	46%	49%	5%	1%	62%	37%	1%	0%
intégration autre aide_coordination des soins	71%	29%	0%	0%	49%	49%	2%	0%	55%	44%	1%	0%	62%	38%	1%	0%

Vergelijking belangrijkheid, kunnen, mogen en willen op basis van belangrijkheid in de ideale werksituatie (België)																
Activités	rd d'acco	rd d'acco	rd d'acco	rd du tout d'acco	rd d'acco	rd d'acco	rd d'acco	rd du tout d'acco	rd d'acco	rd d'acco	rd d'acco	rd du tout d'acco	rd d'acco	rd d'acco	rd d'acco	rd du tout d'acco
	belangrijk				**kunnen**				**mogen**				**willen**			
coordination des soins	74%	25%	1%	0%	67%	31%	2%	0%	66%	31%	3%	0%	70%	26%	4%	0%
communication d'informations_coordination des soins	71%	29%	0%	0%	69%	31%	0%	0%	68%	31%	1%	0%	71%	29%	0%	0%
collaboration_ coordination des soins	73%	27%	0%	0%	70%	30%	0%	0%	69%	29%	1%	1%	72%	28%	0%	0%
intégration du réseau social_coordination des soins	70%	29%	1%	0%	66%	34%	0%	0%	65%	33%	2%	1%	69%	30%	2%	0%
intégration autre aide_coordination des soins	69%	31%	0%	0%	65%	35%	1%	0%	65%	34%	2%	0%	67%	33%	1%	0%

Parmi les travailleurs sociaux interrogés, plus de 70 % (exception: intégration d'une autre aide - situation de travail idéale) sont tout à fait d'accord que la coordination des soins est une activité importante au sein de leur situation de travail actuelle et idéale. Tant la

communication d'informations que la collaboration, l'intégration du réseau social et l'intégration d'une autre d'aide sont considérées comme des items importants. Les résultats dans les deux contextes sont très concordants.

A nouveau, nous constatons des scores plutôt faibles dans la capacité et la possibilité d'exercer l'activité. Si nous considérons les facteurs d'influence, 40 % signalent avoir assez de temps, 90% assez de compétences, 64 % assez d'espace, 74 % assez de reconnaissance et 85 % assez d'identification.

- En tant que troisième activité importante, nous retrouvons l'aide **sociale et administrative** en tête de classement dans le contexte de travail actuel et idéal.

Cette activité est considérée comme très importante (11e et 12e rang) dans le contexte de travail actuel par 27% (48) des travailleurs sociaux interrogés et comme activité importante (10e au 8e rang) par 55 % (96) d'entre eux. Dans un contexte de travail idéal, 14 % (24) des travailleurs sociaux interrogés placent l'aide socio-administrative en 11e rang. Par ailleurs, 94 (54 %) travailleurs sociaux ont répondu en attribuant un rang de 10 à 8.

En ce qui concerne la question générale relative à l'importance, aucun des résultats >= 70% ne peuvent être retenus dans le contexte du travail ni actuel, ni idéal.

- Enfin, la **recherche et le reporting** sont considérés comme importants par les travailleurs sociaux interrogés.

Dans la situation de travail actuelle, 16 % (28) des personnes interrogées classent cette activité en 11e position. Dans le contexte de travail idéal, la recherche et le reporting enregistrent un score supérieur, à savoir : 10 % (18) des personnes interrogées leur ont donné le rang 12 et 13 % (22) le rang 11. 25 % (44) des personnes interrogées estiment que la recherche et le reporting sont plutôt importants (rangs 10 et 8).

Si nous considérons les scores (>= 70%) du sondage sur l'importance pour l'activité recherche et reporting, nous obtenons les résultats suivants:

Comparaison importance, capacité, faculté et volonté sur la base de l'importance dans la situation de travail actuelle (Belgique)

	tout à fait d'accord	d'accord	pas d'accord	du tout d'accord	tout à fait d'accord	d'accord	pas d'accord	du tout d'accord	tout à fait d'accord	d'accord	pas d'accord	du tout d'accord	tout à fait d'accord	d'accord	pas d'accord	du tout d'accord
Activités	**important**				**Capacité**				**faculté**				**volonté**			
Anamnèse et recherche sociale	82%	18%	0%	0%	50%	40%	10%	0%	0%	39%	1%	0%	74%	26%	0%	0%

Comparaison importance, capacité, faculté et volonté sur la base de l'importance dans la situation idéale de travail (Belgique)

Activités	tout à fait d'accord	d'accord	pas d'accord	du tout d'accord	tout à fait d'accord	d'accord	pas d'accord	du tout d'accord	tout à fait d'accord	d'accord	pas d'accord	du tout d'accord	tout à fait d'accord	d'accord	pas d'accord	du tout d'accord
	important				**Capacité**				**faculté**				**volonté**			
Anamnèse et recherche sociale	78%	22%	0%	0%	73%	27%	0%	0%	73%	26%	1%	0%	75%	25%	0%	0%

Sur le nombre total de travailleurs sociaux interrogés dans un hôpital universitaire en Belgique, environ 80 % se déclarent tout à fait d'accord dans le sondage sur l'importance de l'activité anamnèse et recherche sociale dans les situations actuelle et idéale. Dans la situation de travail actuelle, la volonté d'exercer obtient un score supérieur (74 %) à la capacité et la faculté d'exercer. Dans la situation idéale, l'importance, la volonté, la faculté et la capacité d'exercer enregistrent toutes un score élevé. Les autres sous-items comme le rapport social et l'enregistrement des activités de patients ne sont pas exprimés. Si l'on considère les facteurs d'influence, les pourcentages les plus élevés sont également enregistrés dans l'anamnèse et l'étude sociale. Les travailleurs sociaux indiquent dans 43 % des cas avoir suffisamment de temps. En revanche, ils disposent de compétences suffisantes dans 97 % des cas et sont 91% à s'identifier dans cette sous-activité.

En conclusion, nous pouvons affirmer que les principales activités indiquées par les travailleurs sociaux pour la Belgique sont l'aide psychosociale, la coordination des soins, l'aide sociale et administrative et la recherche et le reporting. Les scores obtenus dans les contextes de travail idéal et actuel présentent de grandes concordances. Nous remarquons par ailleurs qu'il s'agit toujours d'activités liées aux patients.

Le même exercice est présenté ci-dessous pour **la partie néerlandophone du pays (n= 120)**

	Importance des activités de la situation de travail actuelle pour la partie néerlandophone du pays					
catégorie de réponses 12-7	**activité (nombre)**	**catégorie de réponses 12-7**	**activité (nombre)**	**catégorie de réponses 12-7**	**activité (nombre)**	**catégorie de réponses 12-7**
12 (la plus importante)	aide psychosociale	**12 (la plus importante)**	aide psychosociale	**12 (la plus importante)**	aide psychosociale	**12 (la plus importante)**
	69		69		69	
11	coordination des soins	**11**	coordination des soins	**11**	coordination des soins	**11**
	32		32		32	
10	aide sociale et administrative	**10**	aide sociale et administrative	**10**	aide sociale et administrative	**10**
	32		32		32	
9	aide administrative et financière	**9**	aide administrative et financière	**9**	aide administrative et financière	**9**
	31		31		31	
8	aide administrative et financière	**8**	aide administrative et financière	**8**	aide administrative et financière	**8**
	23		23		23	
7	aide administrative et financière	**7**	aide administrative et financière	**7**	aide administrative et financière	**7**
	17		17		17	

	Importance des activités de la situation de travail IDEALE dans la partie néerlandophone du pays					
catégorie de réponses 12-7	activité (nombre)	catégorie de réponses 12-7	activité (nombre)	catégorie de réponses 12-7	activité (nombre)	catégorie de réponses 12-7
12 (la plus importante)	aide psychosociale	12 (la plus importante)	aide psychosociale	12 (la plus importante)	aide psychosociale	12 (la plus importante)
	91		91		91	
11	coordination des soins	11	coordination des soins	11	coordination des soins	11
	42		42		42	
10	aide sociale et administrative	10	aide sociale et administrative	10	aide sociale et administrative	10
	28		28		28	
9	aide sociale et administrative	9	aide sociale et administrative	9	aide sociale et administrative	9
	28		28		28	
8	aide administrative et financière	8	aide administrative et financière	8	aide administrative et financière	8
	24		24		24	
7	aide administrative et financière	7	aide administrative et financière	7	aide administrative et financière	7
	26		26		26	

Pour la classification des activités les plus importantes du travail social pour la partie néerlandophone du pays, nous remarquons la même tendance que les résultats obtenus pour les hôpitaux universitaires en Belgique. L'aide psychosociale, la coordination des soins, l'aide sociale et administrative et la recherche/le reporting sont également considérés comme les quatre activités arrivant en tête de liste.

- Dans le contexte de travail actuel, **l'aide psychosociale** est désignée par 58 % (69) des travailleurs sociaux interrogés comme l'activité principale (12e rang).

Etant donné que seules les 3 principales activités par classement ont été retenues dans la liste, il n'est pas possible de voir que 13% (16) des personnes interrogées placent également cette activité au rang 11. Nous pouvons donc affirmer que 71 % (82) des travailleurs sociaux interrogés considèrent l'aide psychosociale comme une activité très importante. Le score pour cet item dans le contexte de travail idéal s'avère supérieur. 76 % (91) des travailleurs sociaux

interrogés indiquent en effet que l'aide psychosociale est l'activité la plus importante dans un contexte de travail idéal.

Si nous considérons les scores (>= 70%) du sondage de l'importance pour l'activité aide psychosociale, nous obtenons les résultats suivants:

Comparaison importance, capacité, faculté et volonté sur la base de l'importance Dans la situation de travail ACTUELLE (Partie néerlandophone du pays)																
	tout à fait d'accord	d'accord	pas d'accord	du tout pas d'accord	tout à fait d'accord	d'accord	pas d'accord	du tout pas d'accord	tout à fait d'accord	d'accord	pas d'accord	du tout pas d'accord	tout à fait d'accord	d'accord	pas d'accord	du tout pas d'accord
Activités	**important**				**capacité**				**faculté**				**volonté**			
Aide psychosociale	96%	4%	0%	0%	52%	39%	8%	1%	62%	35%	2%	1%	88%	12%	0%	0%
Soutien	93%	7%	0%	0%	51%	42%	7%	0%	64%	33%	2%	0%	87%	13%	0%	0%
Médiation psychosociale	69%	31%	0%	0%	35%	57%	8%	0%	48%	51%	1%	0%	61%	37%	2%	0%
Accompagnement	83%	17%	0%	0%	36%	50%	15%	0%	50%	48%	2%	0%	78%	22%	0%	0%
Intervention de crise	77%	21%	2%	0%	40%	42%	18%	0%	50%	42%	7%	0%	68%	29%	3%	0%

Comparaison importance, capacité, faculté et volonté sur la base de l'importance Dans la situation de travail IDEALE (Partie néerlandophone du pays)																
Activiteiten	**sterk eens**	**eens**	**oneens**	**sterk oneens**	**sterk eens**	**eens**	**oneens**	**sterk oneens**	**sterk eens**	**eens**	**oneens**	**sterk oneens**	**sterk eens**	**eens**	**oneens**	**sterk oneens**
	belangrijk				**kunnen**				**mogen**				**willen**			
psychosociale HV	93%	7%	0%	0%	90%	10%	0%	0%	91%	9%	0%	0%	93%	7%	0%	0%
ondersteunen	90%	10%	0%	0%	87%	13%	0%	0%	87%	13%	0%	0%	90%	10%	0%	0%
bemiddelen_ psychosociaal	82%	18%	0%	0%	75%	24%	1%	0%	77%	23%	0%	0%	79%	20%	1%	0%
begeleiden	86%	14%	0%	0%	80%	20%	0%	0%	83%	17%	0%	0%	84%	16%	0%	0%
crisisinterventie	74%	22%	2%	1%	69%	28%	2%	1%	70%	27%	2%	1%	73%	23%	3%	1%

Ces conclusions sont très concordantes avec les résultats pour la Belgique, à la différence près que les pourcentages sont sans cesse plus élevés pour l'importance dans la partie néerlandophone du pays.L' intervention de crise est, par ailleurs, ajoutée. Pour la question relative à l'importance dans le contexte de travail actuel et idéal, cette activité obtient un score supérieur à 70 %. La faculté et la volonté d'exercer enregistrent également un score élevé dans la situation de travail idéale.

Plus de 90 % de travailleurs sociaux interrogés sont tout à fait d'accord que l'aide psychosociale est une activité importante dans leur situation de travail actuelle et idéale. Dans les deux cas, les travailleurs sociaux s'avèrent également vouloir exécuter l'activité dans une large mesure. Seule la sous-activité médiation donne un score légèrement inférieur en ce qui concerne la situation actuelle. Une différence notable entre les deux contextes est observée dans la capacité et la faculté de dispenser une aide psychosociale. Dans le contexte de travail idéal, des pourcentages nettement supérieurs sont affichés.

61% (73) des travailleurs interrogés ont attribué à la **coordination des soins** dans la situation de travail actuelle un rang de 9, 11 ou 12. Dans le contexte de travail idéal, 66% (79) des

personnes interrogées lui ont attribué un rang de 10-12. De ce fait, le résultat obtenu est très similaire à celui obtenu dans les résultats généraux. Parmi les 73 travailleurs sociaux, 61 placent cette activités dans les premiers rangs (11^{e} et 12^{e} rangs). Dans la situation idéale, ils sont 55 (46%). Les statistiques obtenues dans les hôpitaux universitaires en Belgique sont inférieures mais suivent la même tendance en ce qui concerne la situation de travail actuelle et idéale.

Si nous considérons les scores (>= 70%) du sondage sur l'importance pour l'activité coordination des soins, nous obtenons les résultats suivants:

Comparaison importance, capacité, faculté et volonté sur la base de l'importance dans la situation de travail ACTUELLE(Partie néerlandophone du pays)																
	d'accord	d'accord	d'accord	pas d'accord du tout	d'accord	d'accord	d'accord	pas d'accord du tout	d'accord	d'accord	d'accord	pas d'accord du tout	d'accord	d'accord	d'accord	pas d'accord du tout
Activités	**important**				**capacité**				**faculté**				**volonté**			
coordination des soins	70%	29%	1%	0%	36%	55%	7%	1%	52%	45%	2%	0%	65%	33%	2%	0%
communication d'informations_coordination des soins	80%	20%	0%	0%	60%	37%	2%	0%	65%	35%	0%	0%	77%	23%	0%	0%
réorientation_coordination des soins	67%	32%	1%	0%	46%	50%	3%	0%	53%	45%	2%	0%	61%	37%	2%	0%
collaboration_coordination des soins	81%	19%	0%	0%	49%	45%	7%	0%	56%	42%	2%	0%	75%	25%	0%	0%
intégration du réseau social_coordination des soins	69%	31%	0%	0%	39%	55%	6%	1%	48%	51%	1%	0%	65%	33%	2%	0%
intégration autre aide_coordination des soins	68%	32%	0%	0%	44%	54%	2%	0%	53%	46%	1%	0%	60%	40%	1%	0%

Comparaison importance, capacité, faculté et volonté sur la base de l'importance dans la situation IDEALE de travail (Partie néerlandophone du pays)																
		Sterk d'accord	d'accord	pas d'accord	d'accord du tout	d'accord pas	Sterk d'accord	d'accord	pas d'accord	d'accord du tout	d'accord	d'accord	Pas d'accord	d'accord du tout	d'accord	Sterk d'accord	d'accord	pas d'accord
Activités	**important**				**Capacité**				**Faculté**				**volonté**			
coordination des soins	74%	24%	2%	0%	69%	29%	2%	0%	69%	30%	1%	0%	72%	24%	4%	0%
communication d'informations_ coordination des soins	74%	26%	0%	0%	71%	29%	0%	0%	72%	28%	0%	0%	74%	26%	0%	0%
réorientation_ coordination des soins	70%	30%	0%	0%	67%	32%	1%	0%	67%	32%	1%	0%	69%	30%	1%	0%
Collaboration_ coordination des soins	75%	25%	0%	0%	71%	29%	0%	0%	72%	28%	0%	0%	74%	26%	0%	0%
intégration du réseau social_coordination des soins	73%	26%	1%	0%	69%	31%	0%	0%	70%	30%	0%	0%	72%	26%	2%	0%
intégration autre aide_coordination des soins	73%	27%	0%	0%	67%	32%	1%	0%	68%	31%	1%	0%	70%	29%	1%	0%

Parmi les travailleurs sociaux interrogés, plus de 70 % indiquent être tout à fait d'accord sur le fait que la coordination des soins est une activité importante dans leur situation de travail actuelle et idéale. La communication d'informations et la collaboration sont considérées comme des items importants dans la situation de travail actuelle. La réorientation, l'intégration du réseau social et d'autres formes d'aide obtiennent également un score élevé dans la situation idéale.

Tous les résultats obtenus sont très comparables à ceux observés pour la Belgique, à la différence près que la sous-activité réorientation est ajoutée dans la partie néerlandophone du pays.

- L'**aide sociale et administrative** obtient un score >= 8 par 85 % (101) des travailleurs sociaux interrogés dans la situation actuelle et 74 % (90) lorsqu'il s'agit de la situation idéale. Les résultats obtenus peuvent être assimilés à ceux obtenus pour les résultats généraux. Parmi les 101 travailleurs sociaux, 28 (24 %) des travailleurs sociaux indiquent qu'une aide sociale et administrative est l'activité principale (11e et 12e rangs) dans la situation de travail actuelle. Ce nombre est de 17 (14 %) dans la situation idéale.

En ce qui concerne la question générale relative à l'importance, des résultats >= 70% ne peuvent être retenus dans le contexte de travail, ni actuel, ni idéal.

- **Recherche et reporting** obtiennent dans les hôpitaux universitaires dans la partie néerlandophone du pays la même classification que dans les résultats généraux. Cette activité est considérée comme très importante (11e rang) par 17 % (20) des travailleurs sociaux interrogés dans la situation de travail actuelle et par 15 % (18) dans la situation de travail idéale.

Si nous considérons les scores (>= 70%) du questionnaire sur l'importance pour l'activité recherche et reporting, nous obtenons les résultats suivants:

Comparaison importance, capacité, faculté et volonté sur la base de l'importance dans la situation de travail ACTUELLE(Partie néerlandophone du pays)																
	tout à fait d'accord	d'accord	pas d'accord	pas du tout d'accord	tout à fait d'accord	d'accord	pas d'accord	pas du tout d'accord	tout à fait d'accord	d'accord	pas d'accord	pas du tout d'accord	tout à fait d'accord	d'accord	pas d'accord	pas du tout d'accord
Activités	**important**				**capacité**				**faculté**				**volonté**			
anamnèse et recherche sociale	79%	21%	0%	0%	44%	48%	8%	0%	55%	44%	1%	0%	74%	26%	0%	0%

Vergelijking belangrijkheid, kunnen, mogen en willen op basis van belangrijkheid in de IDEALE werksituatie (België)																
	tout à fait d'accord	d'accord	pas d'accord	pas du tout d'accord	tout à fait d'accord	d'accord	pas d'accord	pas du tout d'accord	tout à fait d'accord	d'accord	pas d'accord	pas du tout d'accord	tout à fait d'accord	d'accord	pas d'accord	pas du tout d'accord
Activités	**important**				**capacité**				**faculté**				**volonté**			
Anamnèse et recherche sociale	77%	23%	0%	0%	72%	28%	0%	0%	73%	27%	0%	0%	75%	25%	0%	0%

Une analyse détaillée révèle principalement un score élevé pour l'anamnèse et la recherche sociale. Cela s'inscrit tout à fait dans le prolongement des résultats pour la Belgique. La volonté, la faculté et la capacité d'exercer enregistrent toutes un score élevé dans le contexte de travail idéal et ce contrairement au contexte actuel où seule la volonté obtient un pourcentage élevé.

En conclusion, nous pouvons affirmer que les principales activités indiquées par les travailleurs sociaux dans la partie néerlandophone du pays correspondent à celles décrites pour la Belgique, à savoir l'aide psychosociale, la coordination des soins, l'aide sociale et administrative et la recherche et le reporting. Les scores pour l'aide psychosociale sont légèrement supérieurs, et la sous-activité intervention de crise s'exprime aussi pour cette partie du pays. Enfin, la réorientation est ajoutée à la coordination des soins. En l'occurrence, nous remarquons également qu'il s'agit toujours d'activités liées aux patients.

Ci-dessous, le même exercice est présenté pour la **partie francophone du pays (n=54).**

Dans les tableaux suivants, vous trouverez les activités les plus importantes (score de 12 à 7) dans le contexte de travail **actuel** de travailleurs sociaux dans un hôpital de la partie francophone du pays. Le pourcentage représente le nombre de travailleurs sociaux qui ont estimé cette activité comme ayant ce degré d'importance (ex:12) par rapport au nombre total de travailleurs sociaux (n=54). Voici le top 3 des activités les plus importantes:

	Importance des activités situation de travail ACTUELLE partie Francophone du pays									
réponse catégorie 12-7	activité (nombre)	% au nombre total de pers	activité (nombre)	% au nombre total de pers	activité (nombre)	% au nombre total de pers	activité (nombre)	% au nombre total de pers	activité (nombre)	% au nombre total de pers
12	coordination des soins		recherche et reporting		aide psycho sociale					
	18	33%	13	24%	8	15%				
11	aide socio administrative		recherche et reporting		aide financière					
	13	24%	8	15%	8	15%				
10	aide socio administrative		aide financière		coordination des soins					
	11	20%	9	17%	9	17%				
9	aide socio administrative		aide psychosociale		coordination des soins		aide matérielle		prevention	
	9	17%	8	15%	6	11%	6	11%	6	11%
8	aide financière		prevention		aide juridique					
	10	19%	10	19%	7	13%				
7	aide juridique		aide matérielle		aide financière					
	12	22%	10	19%	7	13%				

Dans le tableau suivant, vous trouverez le classement des activités les plus importantes dans un contexte **idéal** de travail (score de 12 à 7)

	Importance des activités situation de travail IDEALE partie Francophone du pays									
catégorie de réponse 12-7	activité (nombre de personnes)	% au nombre total de pers	activité (nombre de personnes)	% au nombre total de pers	activité (nombre de personnes)	% au nombre total de pers	activité (nombre de personnes)	% au nombre total de pers	activité (nombre de personnes)	% au nombre total de pers
12	recherche et reporting		aide psycho sociale		coord des soins		aide socio administrative			
	13	24%	11	20%	10	19%	10	19%		
11	coordination des soins		aide psycho sociale		aide socio administrative					
	8	15%	7	13%	7	13%				
10	coordination des soins		aide socio administrative		aide financière					
	9	17%	9	17%	8	15%				
9	prevention		aide socio administrative		aide financière					
	9	17%	8	15%	8	15%				
8	recherche et reporting		aide materielle		prevention					
	8	15%	7	13%	7	13%				
7	aide socio administrative		aide financière		aide materielle		aide juridique		prévention	
	9	17%	9	17%	7	13%	7	13%	7	13%

On trouvera ci-dessous l'examen des différentes composantes des tableaux.

- **Coordination des soins:** Dans le contexte de travail actuel, 18 travailleurs sociaux sur 54 (càd 33%) estiment cette activité comme étant la plus importante. Elle intervient en 3ème position pour 17% des travailleurs sociaux et en 4ème pour 11% ; elle est donc une des « ***activités clé*** **»** de la profession pour 81% des travailleurs sociaux.

Lorsque l'on demande aux participants s'ils « veulent faire cette activité » ils sont 87% à marquer leur accord dans un contexte de travail actuel et 72% dans un contexte de travail idéal alors qu'ils sont 78% à estimer pouvoir la faire dans le contexte de travail actuel et 85% dans le contexte de travail idéal.

Ils sont 26% à estimer avoir le temps pour ce faire et à 50% ils estiment avoir suffisamment de reconnaissance et d'espace.

Dans le contexte de travail idéal, 10 travailleurs sociaux (19%) placent cette activité en troisième position des activités les plus importantes avec un score de 12, ce qui représente un chiffre en baisse par rapport au contexte de travail actuel.

Au total, ce sont 51% des travailleurs sociaux qui donnent un score égal ou supérieur à 10.

Valeurs également plus faibles si on demande, toujours dans un contexte de travail idéal : « est ce que je trouve cette activité importante? » où la réponse est oui à 72% mais si on demande « dois-je faire cette activité ? » la réponse est d'accord et tout à fait d'accord à 76%.

Quand on examine les scores (>=70%) du questionnaire de l'importance pour l'activité 'coordination des soins', on arrive aux résultats suivants:

	Comparaison importance, pouvoir, devoir, vouloir sur base de l'importance dans la situation ACTUELLE de travail (Partie francophone du pays)															
	tout à fait d'accord	d'accord	pas d'accord	pas du tout d'accord	tout à fait d'accord	d'accord	pas d'accord	pas du tout d'accord	tout à fait d'accord	d'accord	pas d'accord	pas du tout d'accord	tout à fait d'accord	d'accord	pas d'accord	tout à fait d'accord
	importance				pouvoir				devoir				vouloir			
coordination des soins	85%	15%	0%	0%	57%	37%	6%	0%	65%	33%	2%	0%	69%	30%	2%	0%
coordination des soins : donner des infos	78%	22%	0%	0%	56%	39%	6%	0%	61%	37%	2%	0%	67%	33%	0%	0%
coordination des soins : collaborer	70%	30%	0%	0%	48%	50%	0%	2%	48%	50%	0%	2%	63%	35%	2%	0%
coordination des soins : coordination	72%	28%	0%	0%	43%	41%	17%	0%	44%	44%	9%	2%	57%	41%	2%	0%

	situation IDEALE															
	tout à fait d'accord	d'accord	pas d'accord	pas du tout d'accord	tout à fait d'accord	d'accord	pas d'accord	pas du tout d'accord	tout à fait d'accord	d'accord	pas d'accord	pas du tout d'accord	tout à fait d'accord	d'accord	pas d'accord	tout à fait d'accord
	importance				pouvoir				devoir				vouloir			
coordination des soins	72%	28%	0%	0%	63%	35%	2%	0%	57%	35%	7%	0%	65%	31%	4%	0%
coordination des soins : donner des infos	67%	33%	0%	0%	63%	37%	0%	0%	59%	37%	4%	0%	63%	37%	0%	0%
coordination des soins : collaborer	69%	31%	0%	0%	67%	33%	0%	0%	63%	31%	4%	2%	67%	33%	0%	0%
coordination des soins :coordination	72%	28%	0%	0%	61%	37%	2%	0%	59%	35%	6%	0%	63%	35%	2%	0%

Coordination des soins: 85% des participants sont tout à fait d'accord pour l'importance de cette activité et la moitié d'entre eux estime disposer de suffisamment de temps pour la faire, ce qui est corroboré par les 57% des travailleurs sociaux qui sont tout à fait d'accord à la question de pouvoir la faire.

Coordination des soins- donner des infos : encore une fois les travailleurs sociaux peuvent, veulent et doivent faire cette activité qu'ils trouvent importante (à 100%).

Coordination des soins- collaborer: si les mêmes conclusions peuvent être tirées que ci-dessus, seuls 41% des participants estiment disposer de suffisamment de temps (contre 56% précédemment)

Coordination des soins- coordination: cet item est quasi identique aux deux précédents.

- **Recherche et reporting:** dans le contexte de travail actuel, 13 travailleurs sociaux sur 54 (24%) placent cette activité en deuxième position d'ordre d'importance et 8 travailleurs sociaux (15%) donnent un score de 11 à cette activité.

Dans un contexte de travail idéal, 24% des travailleurs sociaux (13 personnes) placent cette activité en première place comme activité la plus importante en lui accordant un score de 12. Ceci est semblable au tableau qui se place dans un contexte de travail actuel. 15% (8 personnes) y accordent une importance de 8.

Quand on examine les scores (>=70%) du quenstionnaire sur l'importance pour l'activité 'recherche et reporting' on arrive aux résultats suivants :

	Situation ACTUELLE															
	tout à fait d'accord	d'accord	pas d'accord	tout pas d'accord	tout à fait d'accord	d'accord	pas d'accord	tout pas d'accord	tout à fait d'accord	d'accord	pas d'accord	tout pas d'accord	tout à fait d'accord	d'accord	pas d'accord	tout à fait d'accord
	importance				pouvoir				devoir				vouloir			
anamnese et recherche sociale	89%	11%	0%	0%	65%	22%	13%	0%	70%	28%	2%	0%	74%	26%	0%	0%
rapport social	74%	24%	2%	0%	48%	43%	9%	0%	61%	35%	2%	2%	61%	35%	4%	0%
gestion du dossier	80%	20%	0%	0%	59%	33%	7%	0%	63%	37%	0%	0%	63%	37%	0%	0%

	situation idéale															
	tout à fait d'accord	d'accord	pas d'accord	pas du tout d'accord	tout à fait d'accord	d'accord	pas d'accord	pas du tout d'accord	tout à fait d'accord	d'accord	pas d'accord	pas du tout d'accord	tout à fait d'accord	d'accord	pas d'accord	tout à fait d'accord
	importance				pouvoir				devoir				vouloir			
anamnese et recherche sociale	80%	20 %	0%	0%	74%	26%	0%	0%	74%	22%	4%	0%	76%	24%	0%	0%
rapport social	61%	39 %	0%	0%	57%	41%	2%	0%	57%	35%	6%	2%	56%	44%	0%	0%
gestion du dossier	63%	37 %	0%	0%	57%	41%	2%	0%	57%	37%	6%	0%	57%	39%	4%	0%

Anamnèse et recherche sociale : unanimité, à nouveau pour l'importance de cette activité et les participants sont tout à fait d'accord à 70% pour devoir effectuer cette activité et 74% à vouloir la faire. Consensus donc pour cette activité où ils sont 46% à estimer disposer de suffisamment de temps et 76% y trouvent suffisamment de reconnaissance; ils s'y sentent aussi compétents et reconnus pour ce faire.

Rapport social: nos interrogés estiment à plus de 90% cette activité comme importante, pouvant être faite, devant être faite et voulant la faire. Les compétences, l'espace, la reconnaissance et l'identification sont estimés suffisants mais le temps manque à nouveau pour 65% d'entre eux.

Gestion du dossier: nouvelle unanimité autour de l'importance, du pouvoir - du devoir et du vouloir pour cette activité mais à nouveau le temps manque pour 72% des travailleurs sociaux.

- **Aide psychosociale:** est estimée comme activité la plus importante dans le contexte actuel de travail par 15% des travailleurs sociaux (8 sur 54) ; elle intervient aussi en 4ème position pour 15% des participants.

Dans un contexte de travail idéal, 20% (11 personnes) des interrogés accordent une importance de 12 à cette activité ; ce chiffre est légèrement en hausse par rapport à la valeur dans la situation de travail actuel. 13 % des travailleurs sociaux (7 personnes) scorent cette activité à 11. Cependant, lorsqu'on demande « trouvez-vous cette activité importante ? », ils sont 72% à répondre oui.

Quand on examine les scores >=70% du questionnaire de l'importance pour l'activité 'aide psychosociale' on arrive aux résultats suivants :

	situation ACTUELLE															
	tout à fait d'accord	d'accord	pas d'accord	pas du tout d'accord	tout à fait d'accord	d'accord	pas d'accord	pas du tout d'accord	tout à fait d'accord	d'accord	pas d'accord	pas du tout d'accord	tout à fait d'accord	d'accord	pas d'accord	tout à fait d'accord
	importance				pouvoir				devoir				vouloir			
aide psychosociale	74%	24%	2%	0%	52%	30%	15%	4%	44%	44%	9%	2%	67%	26%	7%	0%
soutenir	70%	30%	0%	0%	56%	28%	17%	0%	44%	46%	6%	4%	59%	41%	0%	0%
accompagner	70%	30%	0%	0%	37%	43%	20%	0%	31%	57%	7%	4%	57%	41%	2%	0%

	situation idéale															
	tout à fait d'accord	d'accord	pas d'accord	tout d'accord	tout à fait d'accord	d'accord	pas d'accord	tout pas du d'accord	tout à fait d'accord	d'accord	pas d'accord	tout d'accord	tout à fait d'accord	d'accord	pas d'accord	tout à fait d'accord
	importance				pouvoir				devoir				vouloir			
aide psychosociale	72%	28%	0%	0%	69%	28%	4%	0%	61%	24%	13%	2%	69%	24%	7%	0%
soutenir	70%	30%	0%	0%	69%	30%	2%	0%	59%	26%	13%	2%	69%	30%	2%	0%
accompagner	69%	30%	0%	2%	59%	39%	0%	2%	56%	30%	13%	2%	61%	37%	0%	2%

L'aide psychosociale: dans la situation actuelle, elle est jugée importante par 98% des travailleurs sociaux. Néanmoins ils ne sont que 82% à pouvoir effectuer cette activité et 93% à vouloir l'effectuer. 35% de ceux-ci estiment manquer de temps et seuls 59 % y trouvent suffisamment de reconnaissance alors qu'ils sont 80% à estimer disposer de suffisamment de compétences et 85% de suffisamment d'identification.
Dans une situation idéale, les résultats sont comparables.

Soutenir: 100% des participants accordent de l'importance à cette activité et 84% estiment pouvoir faire cette activité, ils sont 88% à estimer devoir la faire et 90% à vouloir la faire. Le temps pour ce faire n'est pas estimé suffisant par 28% et l'espace n'est jugé suffisant que par 52% des travailleurs.
Dans une situation idéale de travail ils sont également 100 % à la considérer comme importante. Ils sont 99 % à estimer pouvoir la faire, 85 % à devoir la faire et 99 % à vouloir la faire.

Accompagner: 100% des travailleurs sont également d'accord pour accorder de l'importance à cette activité mais à nouveau seuls 31% estiment disposer de suffisamment de temps et 54% de suffisamment d'espace.

1.3 Analyse des activités-clés les moins importantes dans le contexte de travail actuel et idéal

Les tableaux suivants présentent les activités les moins importantes (SCORE 6-1), sur la base de la question du classement, dans la situation de travail actuelle et idéale des travailleurs sociaux au sein d'un hôpital universitaire en Belgique et dans les parties néerlandophone et francophone du pays. La liste présente par rang le top 3 des activités, le nombre de travailleurs sociaux ainsi que le pourcentage par rapport au nombre total de travailleurs sociaux (174).

	Importance des activités de la situation de travail actuelle en Belgique							
catégorie de réponses 6-1	**activité (nombre)**	**% par rapport au nombre total de personnes**	**activité (nombre)**	**% par rapport au nombre total de personnes**	**activité (nombre)**	**% par rapport au nombre total de personnes**	**activité (nombre)**	**% par rapport au nombre total de personnes**
6	Aide jur-adm		Aide matérielle		défense des intérêts			
	33	19%	28	16%	19	11%		
5	Aide matérielle		dével. des compétences		prévention			
	26	15%	26	15%	25	14%		
4	défense des intérêts		dével. des compétences		signalement			
	32	18%	28	16%	20	11%		
3	signalement		prévention		développement des compétences			
	29	17%	24	14%	20	11%		
2	développement des compétences		signalement		prévention		autres activités non liées au patientivités	
	33	19%	27	16%	22	13%	22	13%
1	autres activités non liées au patient		signalement		Aide matérielle			
	69	40%	23	13%	14	8%		

	Importance des activités de la situation de travail idéale en Belgique							
catégorie de réponses 6-1	**activité (nombre)**	**% par rapport au nombre total de personnes**	**activité (nombre)**	**% par rapport au nombre total de personnes**	**activité (nombre)**	**% par rapport au nombre total de personnes**	**activité (nombre)**	**% par rapport au nombre total de personnes**
6	aide jur-adm		aide fin-adm		dével. des compétences			
	32	18%	21	12%	21	12%		
5	Aide matérielle		aide jur-adm		défense des intérêts			
	27	16%	22	13%	22	13%		
4	signalement		dével. des compétences		défense des intérêts			
	31	18%	25	14%	22	13%		
3	signalement		autres activités		dével. des		prévention	

			non liées au patient		compétences			
	28	16%	25	14%	20	11%	20	11%
2	signalement		autres activités non liées au patient		dével. des compétences			
	28	16%	24	14%	22	13%		
1	autres activités non liées au patient		Aide matérielle		signalement			
	66	38%	23	13%	18	10%		

Les autres activités non liées aux patients, le signalement, l'aide matérielle et le développement des compétences sont considérés dans les contextes de travail actuel et idéal par les travailleurs sociaux interrogés au sein d'un **hôpital universitaire en Belgique** comme des activités moins importantes. Ces activités sont commentées ci-dessous.

Les **autres activités non liées au patient** sont indiquées comme l'activité la moins importante (1er et 2e rangs) dans les contextes de travail actuel et idéal par plus de 50 % des travailleurs sociaux interrogés.

Dans le dernier rang, nous trouvons également l'**activité signalement** en regard des activités non liées aux patients. Dans le contexte de travail actuel, le signalement est placé au dernier rang (1er et 2e rangs) par 29% (50) des travailleurs sociaux interrogés et dans le contexte de travail idéal par 26 % (46) et est donc considéré comme l'activité la moins importante.

En outre, les travailleurs sociaux indiquent l'**aide matérielle** comme l'une des activités les moins importantes. Dans la situation actuelle, elle arrive en dernière position chez 8 % (14) tandis que ce taux est porté à 13 % (23) dans le contexte idéal.

Enfin, le **développement des compétences** est également retrouvé parmi les dernières catégories. Cette activité est classée en 2e position dans le contexte de travail actuel au deuxième rang par 19 % (33) des personnes interrogées. En outre, le développement des compétences est plutôt étalé, à savoir 20 (11%) au rang 3, 28 (16%) au rang 4 et 26 (15%) au rang 5. Les observations s'appliquent également pour la situation de travail idéale dans laquelle 22 (13%) donnent le rang 2, 20 (11%) le rang 3 et 25 (14%) le rang 4.

Si nous considérons les scores (>= 20%) du sondage sur l'importance pour les hôpitaux universitaires en Belgique, nous obtenons les résultats suivants :

Comparaison importance, capacité, faculté et volonté sur la base de l'importance dans la situation de travail actuelle (Belgique)

	tout à fait d'accord	d'accord	pas d'accord	pas d'accord du tout	tout à fait d'accord	d'accord	pas d'accord	pas d'accord du tout	tout à fait d'accord	d'accord	pas d'accord	pas d'accord du tout	tout à fait d'accord	d'accord	pas d'accord	pas d'accord du tout
Activités	**important**				**capacité**				**faculté**				**volonté**			
visite à domicile	18%	45%	29%	8%	6%	22%	45%	27%	7%	33%	41%	19%	12 %	41 %	37%	10%
dispenser soi-même une formation	28%	45%	25%	2%	13 %	44%	37%	6%	19%	49%	30%	3%	18 %	39 %	39%	5%

Comparaison importance, capacité, faculté et volonté sur la base de l'importance dans la situation IDEALE de travail (Belgique)																
	tout à fait d'accord	d'accord	pas d'accord	pas d'accord du tout	tout à fait d'accord	d'accord	pas d'accord	pas d'accord du tout	tout à fait d'accord	d'accord	pas d'accord	pas d'accord du tout	tout à fait d'accord	d'accord	pas d'accord	pas d'accord du tout
Activités	**important**				**capacité**				**faculté**				**volonté**			
Visite à domicile	35%	38%	23%	4%	29%	42%	25%	5%	29%	38%	27%	6%	30%	37%	27%	6%
Dispenser soi-même une formation	31%	49%	20%	0%	19%	55%	23%	2%	21%	53%	25%	1%	21%	45%	31%	3%

Dans les résultats >= 20% dans les contextes de travail actuel et idéal, obtenus au terme du sondage général concernant l'importance, deux sous-activités peuvent être retenues, à savoir les visites à domicile et dispenser soi-même une formation. L'exécution d'une visite à domicile appartient à l'activité-clé recherche et reporting qui a été considérée comme très importante. La sous-activité constitue en l'occurrence une exception. Plus de 20 % des personnes interrogées ne sont pas d'accord qu cette activité constitue un élément important dans leurs attributions actuelles. La capacité, la volonté et la faculté d'exercer l'activité visite à domicile obtiennent aussi un faible score dans les contextes de travail actuel et idéal et ce principalement dans la catégorie pas d'accord.

L'analyse de la question du classement révèle que le développement des compétences est considéré comme l'une des activités les moins importantes. A ce propos, nous voyons pour la question générale s'exprimer l'activité "dispenser soi-même une formation" - qui fait partie de cette activité - pour la sélection >=20% .

En conclusion, nous pouvons affirmer que les activités les moins importantes indiquées par les travailleurs sociaux pour la Belgique sont d'autres activités non liées aux patients, le signalement, l'aide matérielle et le développement des compétences. Les scores obtenus dans les contextes de travail idéal et actuel connaissent de grandes similitudes.

Ci-dessous, le même exercice est présenté pour la **partie néerlandophone du pays** (n=120).

	Importance des activités de la situation de travail ACTUELLE pour la partie néerlandophone du pays							
catégorie de réponse 6-1	**activité (nombre)**	**% par rapport au nombre total de personnes**	**activité (nombre)**	**% par rapport au nombre total de personnes**	**activité (nombre)**	**% par rapport au nombre total de personnes**	**activité (nombre)**	**% par rapport au nombre total de personnes**
6	aide juridique et administrative		aide matérielle		Défense des intérêts		Développement des compétences	
	25	21%	19	16%	13	11%	13	11%
5	signalement		aide matérielle		prévention		Développement des compétences	
	19	16%	19	16%	16	13%	16	13%
4	défense des intérêts		développement des compétences		aide administrative et juridique			
	23	19%	22	18%	14	12%		
3	prévention		signalement		aide matérielle		Autres activités non liées au patient	
	22	18%	18	15%	13	11%	13	11%
2	développement des compétences		prévention		signalement			
	21	18%	18	15%	17	14%		
1 (minst important)	Autres activités non liées au patient		signalement		prévention			
	51	43%	15	13%	12	10%		

	Importance des activités dans la situation de travail IDEALE dans la ^partie néerlandophone du pays							
catégorie de réponses 6-1	**Activité (nombre)**	**% par rapport au nombre total de personnes**	**activité (nombre)**	**% par rapport au nombre total de personnes**	**activité (nombre)**	**% par rapport au nombre total de personnes**	**activité (nombre)**	**% par rapport au nombre total de personnes**
6	Aide juridique et administrative		développement des compétences		prévention		aide administrative et financière	
	27	23%	16	13%	13	11%	13	11%
5	Aide matérielle		signalement		prévention			
	20	17%	16	13%	15	13%		
4	Signalement		défense des intérêts		développement des compétences			
	23	19%	19	16%	16	13%		

3	Signalement		prévention		Autres activités non liées au patient			
	21	18%	17	14%	16	13%		
2	Autres activités non liées au patient		développement des compétences		prévention		aide matérielle	
	20	17%	15	13%	15	13%	15	13%
1	Autres activités non liées au patient		aide matérielle		signalement		aide administrative et juridique	
	44	37%	19	16%	11	9%	11	9%

Les travailleurs sociaux interrogés dans la **partie néerlandophone du pays** suivent pour la classification des activités les moins importantes du travail social la même tendance générale que les résultats obtenus dans les hôpitaux universitaires en Belgique. Pourtant, deux autres activités situées plus bas dans le classement se dégagent, à savoir la prévention et l'aide juridique et administrative.

Les **autres activités non liées aux patients** sont indiquées par 51 (43 %) des travailleurs sociaux interrogés comme l'activité la moins importante (1er rang) dans leurs attributions actuelles. En ce qui concerne le contexte de travail idéal, 54 % (64) des travailleurs sociaux interrogés indiquent ne pas trouver cette activité importante.

Tout comme dans les hôpitaux universitaires en Belgique, l'activité **signalement** arrive en dernière position. Le signalement est placé par 27 % (32) des travailleurs sociaux interrogés aux rangs 1 ou 2 et est donc indiqué comme l'activité la moins importante. En ce qui concerne le contexte de travail idéal, 9 % (11) des personnes interrogées indiquent que cette activité est la moins importante.

Dans la classification précédente, on peut remarquer que l'activité de **prévention** obtient le pourcentage le plus faible concernant l'importance et ce contrairement aux pourcentages généraux. La prévention est considérée par 28 % (30) des travailleurs sociaux interrogés comme l'activité la moins importante (1er et 2e rangs) dans leur contexte de travail actuel et par 13 % (15) dans leur contexte de travail idéal (2^e rang).

Dans le contexte de travail idéal, 19 (16 %) des répondants placent l'**aide matérielle** en dernière position.

Par ailleurs, le **développement des compétences**, tout comme dans les hôpitaux universitaires en Belgique, est considéré par 18% (21) des personnes interrogées comme une activité moins importante (2^e rang) dans leurs attributions actuelles. Ce pourcentage est très similaire au pourcentage pour le contexte de travail idéal. 13% (15) travailleurs sociaux indiquent en effet que le développement des compétences dans ce contexte n'est pas important (2^e rang).

Enfin, 11 (9 %) travailleurs sociaux placent en dernière position **l'aide juridique et administrative** dans un contexte de travail idéal. Dans le contexte actuel, on observe plutôt une tendance à la moyenne, à savoir 14 (12 %) donnent un rang 4, 25 (21%) un rang 6, 17 (14%) un rang 7 en 13 (11%) un rang 8.

Si nous considérons les scores (>= 20%) du sondage sur l'importance, nous obtenons les résultats suivants pour les hôpitaux universitaires dans la partie néerlandophone du pays:

Comparaison importance, capacité, faculté et volonté sur la base de l'importance dans le contexte de travail ACTUEL (partie néerlandophone du pays)																
	tout à fait d'accord	d'accord	pas d'accord	pas du tout d'accord	tout à fait d'accord	d'accord	pas d'accord	pas du tout d'accord	tout à fait d'accord	d'accord	pas d'accord	pas du tout d'accord	tout à fait d'accord	d'accord	pas d'accord	pas du tout d'accord
Activités	**Important**				**Capacité**				**Faculté**				**Volonté**			
visite à domicile	17%	46%	31%	6%	6%	21%	49%	25%	8%	44%	36%	12%	15%	41%	36%	8%
dispenser soi-même une formation	27%	44%	26%	3%	12%	49%	34%	6%	21%	64%	12%	2%	16%	42%	36%	6%

Comparaison importance, capacité, faculté et volonté sur la base de l'importance dans le contexte IDEAL de travail (partie néerlandophone du pays)																
	tout à fait d'accord	d'accord	pas d'accord	pas du tout d'accord	tout à fait d'accord	d'accord	pas d'accord	pas du tout d'accord	tout à fait d'accord	d'accord	pas d'accord	pas du tout d'accord	tout à fait d'accord	d'accord	pas d'accord	pas du tout d'accord
Activités	**Important**				**Capacité**				**faculté**				**volonté**			
visite à domicile	34%	38%	26%	2%	29%	45%	23%	3%	30%	47%	20%	3%	30%	41%	26%	3%
dispenser soi-même une formation	28%	52%	20%	0%	17%	62%	20%	2%	22%	63%	15%	0%	19%	50%	30%	2%

Les résultats >= 20% dans les contextes de travail actuel et idéal obtenus au terme du sondage général relatif à l'importance permettent de retenir deux sous-activités, à savoir les visites à domicile et dispenser une formation soi-même.
L'exécution d'une visite à domicile appartient, comme indiqué précédemment, à l'activité-clé recherche et reporting qui a été qualifiée de très importante. Cette sous-activité constitue une exception. L'activité visite à domicile reçoit un faible score (31 % pas d'accord). Même dans le contexte de travail idéal, l'importance des visites à domicile est faible (26 % pas d'accord).

En conclusion, nous pouvons affirmer que les activités les moins importantes indiquées par les travailleurs sociaux dans la partie néerlandophone du pays correspondent à celles décrites pour la Belgique, à savoir d'autres activités non liées au patient, le signalement, l'aide matérielle et le développement des compétences. Pour la partie néerlandophone du pays, la prévention et l'aide juridique et administrative sont ajoutées. Les résultats obtenus pour les situations de travail actuelle et idéale sont concordants.

Le même exercice est illustré ci-dessous pour **la partie francophone du pays.**

Dans les tableaux suivants, vous trouverez les activités les moins importantes (score de 6 à 1) dans un contexte de travail **actuel** des travailleurs sociaux dans les hôpitaux francophones. Le pourcentage représente le nombre de travailleurs sociaux qui ont estimé cette activité comme ayant ce degré d'importance par rapport au nombre total de travailleurs sociaux (54). Voici le top 3 des activités les moins importantes:

	Importance des activités dans la situation ACTUELLE de travail dans la partie Francophone du pays							
réponse catégorie 6-1	activité (nombre de personnes)	% au nombre total de pers	activité (nombre de personnes)	% au nombre total de pers	activité (nombre de personnes)	% au nombre total de pers	activité (nombre de personnes)	% au nombre total de pers
6	prevention		aide matérielle		aide juridique			
	10	19%	9	17%	8	15%		
5	défense des intérêts		développement des compétences		prevention			
	13	24%	10	19%	9	17%		
4	défense des intérêts		signaler		prevention		aide matérielle	
	9	17%	8	15%	7	13%	7	13%
3	signaler		développement des compétences		défense des intérêts			
	11	20%	8	15%	7	13%		
2	développement des compétences		signaler		autres activités non liées au patient			
	12	22%	10	19%	6	11%		
1	autres activités non liées au patient		signaler		recherche et reporting			
	18	33%	8	15%	8	15%		

Le tableau suivant représente les activités les moins importantes dans un contexte **idéal** de travail (score de 6 à 1).

	Importance des activités dans le contexte IDEAL de travail dans la partie Francophone du pays									
catégorie de réponse 6-1	activité (nombre)	% au nombre total de pers	activité (nombre de personnes)	% au nombre total de pers	activité (nombre de personnes)	% au nombre total de pers	activité (nombre de personnes)	% au nombre total de pers	activité (nombre de personnes)	% au nombre total de pers
6	défense des intérêts		aide financière		prévention		signalement			
	9	17%	8	15%	6	11%	6	11%		
5	aide juridique		défense des intérêts		développement des compétences					
	8	15%	8	15%	8	15%				
4	développement des		signalement		aide matérielle		aide juridique		autres activités	

	compétences								non liées aux patients	
	9	17%	8	15%	6	11%	6	11%	6	11%
3	autres activités non liées aux patients		défense des intérêts		signalement		développement des compétences			
	9	17%	8	15%	7	13%	7	13%		
2	signalement		aide juridique		développement des compétences					
	15	28%	9	17%	7	13%				
1	autres activités non liées aux patients		signalement		recherche et reporting					
	22	41%	7	13%	6	11%				

On peut remarquer que ce sont les mêmes activités qui sont citées tant dans le contexte actuel que dans un contexte idéal.

Autres activités non liées aux patients: dans le contexte actuel, 18 travailleurs sociaux sur 54 (33%) donnent un score de 1 (activité la moins importante) et 6 travailleurs (11%) donnent un score de 2 à cet item. Cette rubrique comprend, entre autres, les consultations non liées aux patients, la contribution à l'élaboration des politiques, réfléchir à propres actions, travailler sur des projets de recherche.
Si l'on regarde les facteurs d'influence des activités, on peut en remarquer que si les travailleurs sociaux s'estiment à 91% compétents pour exercer cette activité, ils ne sont que 17% à estimer avoir suffisamment de temps pour ce faire.

Dans le contexte idéal, si 22 travailleurs sociaux sur 54 (41%) placent cette activité comme étant la moins importante (score de 1), 69% des travailleurs sociaux lui donnent un score égal ou inférieur à 4. Ce chiffre est plus élevé que dans le tableau d'importance du contexte de travail actuel où 44% des travailleurs sociaux lui donnent un score égal ou inférieur à 2.

Signalement: dans le contexte actuel, 8 travailleurs sociaux sur 54 (15%) estiment cette activité comme la moins importante (score de 1), 15% des travailleurs sociaux lui donnent un score égal ou inférieur à 4, 20% un score de 3 et 19% un score de 2.

Si l'on observe les facteurs d'influence, le temps pour ce faire n'est estimé suffisant que par 28% des travailleurs et la reconnaissance n'est estimée suffisante que par 39% des participants ; l'espace obtient un score de 50% et l'identification de 56%. Les travailleurs sociaux estiment disposer de suffisamment de compétences à 69%.

Le signalement interne: activité peu importante pour 20% des travailleurs sociaux qui ne peuvent (39%), ne doivent (50%) ou ne veulent (30%) le faire. Si le manque de temps est présent pour 72%, les compétences (74%), l'identification (59%), l'espace et la reconnaissance (46%) sont présents.
Le signalement externe: les conclusions peuvent être semblables à celle du signalement interne

Dans un contexte idéal, c'est la deuxième activité de moindre importance (score de 1). 7 travailleurs sociaux (13 %) la considèrent comme la moins importante et 67% des travailleurs sociaux lui donnent un score égal ou inférieur à 6.
Lorsque, dans une autre partie du questionnaire on demande aux participants s'ils trouvent

situation ACTUELLE																
	tout à fait d'accord	d'accord	pas d'accord	pas du tout d'accord	tout à fait d'accord	d'accord	pas d'accord	pas du tout d'accord	tout à fait d'accord	d'accord	pas d'accord	tout d'accord	tout à fait d'accord	d'accord	pas d'accord	pas du tout d'accord
	importance				pouvoir				devoir				vouloir			
visite à domicile	19%	43%	26%	13%	6%	24%	37%	33%	6%	9%	52%	33%	6%	41%	41%	13%
donner des formations	30%	48%	22%	0%	17%	33%	44%	6%	13%	13%	69%	6%	22%	31%	44%	2%

cette activité importante, ils sont 24% à acquiescer (aussi bien pour le signalement interne qu'externe).

Signalement interne: 37% des travailleurs estiment ne pas devoir les faire et 24% ne veulent pas le faire.

Signalement externe: Si 24% des interrogés ne peuvent le faire, même dans un contexte de travail idéal, 37% ne doivent le faire et 33% ne veulent le faire.

Recherche et reporting*:* dans le contexte actuel, 8 travailleurs sociaux sur 54 (15%) mettent cette activité en troisième position des activités les moins importantes. Résultat surprenant puisque ce même item se retrouve dans le top 3 des activités les plus importantes (score de 12). 21 travailleurs sociaux sur 54 y accordent une très grande importance alors que 8 ne l'estiment pas importante.

Dans un contexte idéal, 6 travailleurs sociaux sur 54 (11%) estiment cette activité à 1, donc, comme de moindre importance, ce chiffre est à nouveau surprenant puisque 13 personnes sur 54 (24%) placent cette activité comme étant la plus importante dans un contexte de travail idéal. Elle suscite les controverses : activité la plus importante pour les uns versus la moins importante pour d'autres pour d'autres.

Quand on examine les scores >= 20% pour le questionnaire de l'importance dans les hôpitaux universitaires de la région francophone, on obtient les résultats suivants

situation IDEALE																
	tout à fait d'accord	d'accord	pas d'accord	pas du tout d'accord	tout à fait d'accord	d'accord	pas d'accord	pas du tout d'accord	tout à fait d'accord	d'accord	pas d'accord	pas du tout d'accord	tout à fait d'accord	d'accord	pas d'accord	pas du tout d'accord
	importance				pouvoir				devoir				vouloir			
visite à domicile	37%	37%	19%	7%	30%	35%	28%	7%	28%	17%	43%	13%	30%	28%	31%	11%
donner des formations	37%	43%	20%	0%	26%	41%	30%	4%	17%	31%	48%	4%	24%	35%	35%	6%

Les visites à domicile: dans la situation actuelle, elles sont estimées comme peu importantes, ne pouvant, devant et voulant que peu être faites. De plus, pour ce faire, les travailleurs sociaux ne disposent ni de temps (à 98%), ni d'espace (à 74%), ni de reconnaissance (à 72%) ni d'identification (à 76%). Dans la situation idéale, l'ensemble des travailleurs interrogés estime ne pouvoir faire de visites à domicile (35%), ne devoir les faire (56%) et ne vouloir (42%) les faire; ce qui est cohérent avec la situation de travail actuelle.

Donner des formations: dans la situation actuelle, 26% des interrogés ne trouvent pas important de donner une formation. Ils sont encore plus nombreux à ne pouvoir le faire (55%), à ne devoir le faire (57%) ou à ne vouloir le faire(46%). Le manque de temps est encore une fois évoqué, seuls 11% estiment avoir le temps nécessaire pour le faire.
Dans la situation idéale, 20% des participants trouvent cette activité de peu d'importance et 34 % ne peuvent la faire, 52% ne doivent la faire et 41% ne veulent la faire.

En conclusion, on peut dire que les activités considérées par les travailleurs sociaux des hôpitaux francophones comme les moins importantes sont quasi identiques à celle du pays et de la région néerlandophone, notamment les activités non liées au patient, le signalement, le développement des compétences. Un item plus surprenant concerne la recherche et le reporting qui apparaît en même temps comme une des activités les plus importantes.

3. RÉSULTATS DE L'ENREGISTREMENT DE LA FRÉQUENCE ET DE LA DURÉE

3.1 Aperçu du nombre d'enregistrements et normalisation des données

Après l'inventaire des activités du travail social et la question de l'importance des activités-clés, l'enregistrement de la fréquence et de la durée de ces items a été effectué.

Le degré de participation des travailleurs sociaux à cette phase de l'étude ainsi qu'un aperçu du nombre d'enregistrements attendus, reçus et manqués sont illustrés ci-dessous.

Participation des travailleurs sociaux à la période d'enregistrement de la fréquence et de la durée en Belgique										
	Partie néerlandophone du pays					Partie francophone du pays				
	UZA	UZB	UZL	UZG	Total	Erasme	St-Luc	CHU	Total	**HU totaux**
Nombre total de travailleurs sociaux	13	23	61	42	139	17	34	20	71	210
Travailleurs sociaux (actifs)	13	21	53	40	127	17	34	20	71	198
Travailleurs sociaux participants	13	21	53	40	127	17	9	20	46	173
% participation travailleurs sociaux (actifs)	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**26%**	**100%**	**65%**	**87%**
Aperçu du nombre d'enregistrements de la fréquence et de la durée en Belgique										
Nombre d'enregistrements attendus	130	210	530	400	1270	170	90	200	460	1730
Nombre d'enregistrements reçus	130	210	393	400	1133	170	18	200	388	1521
Nombre d'enregistrements erronés	17	22	46	45	130	0	0	0	0	130
Nombre d'enregistrement après correction des erreurs (normalisation)	**113**	**188**	**347**	**355**	**1003**	**170**	**0**	**200**	**370**[33]	**1373**
Nombre de missings	0	0	137	0	137	0	0	0	0	137
Nombre total d'enregistrements "manqués"	**17**	**22**	**183**	**45**	**267**	**0**	**0**	**0**	**0**	**267**

La participation des travailleurs sociaux à la période d'enregistrement de la fréquence et de la durée a déjà été discutée précédemment dans le rapport final mais a également été reprise ici pour indiquer le rapport avec le nombre d'enregistrements.

Au total pour la Belgique, 173 (87 %) des travailleurs sociaux ont pu être enregistrés pendant 10 jours, si bien que nous aurions dû recevoir 1730 enregistrements dans des circonstances normales. Finalement, un nombre total de 1521 enregistrement a effectivement été envoyé. Ces enregistrements ont dû être diminués de 130 données fautives et 137 "missings". Ci-dessous, nous nous pencherons

[33] Les 18 enregistrements de St Luc ont déjà été déduits du nombre d'enregistrements reçus. Il ne s'agit pas d'une correction après normalisation. La raison à cet effet est décrite dans le texte.

sur le contenu des deux enregistrements manqués. Finalement, il est avéré rester 1373 enregistrements qui ont pu être pris en compte dans le traitement et l'analyse.

Pendant le traitement des données, l'équipe de recherche de l'UZ Gent a remarqué que la différence entre le temps de travail indiqué et le temps d'enregistrement s'avérait parfois très élevée. De ce fait, nous craignions d'obtenir une image faussée à propos des temps d'enregistrement et de tirer des conclusions peu pertinentes. Ce problème a été soumis au Professeur Defloor le 26/01/2010 et il nous a assuré que c'était un résultat à prévoir. Nous avons été forcés de continuer à étudier les données brutes et d'observer quand une distribution normale des données se présentait. Finalement, les enregistrements avec une marge d'erreur supérieure à 137 minutes pour les travailleurs sociaux à temps plein et à temps partiel et 85 minutes pour les travailleurs sociaux à mi-temps ont été éliminés. Cela concerne 130 enregistrements (= nombre d'enregistrements erronés). Dans la partie francophone du pays, la distribution s'est avérée normale et aucune correction n'a dû être apportée.

Le nombre de missings, en revanche, est composé des enregistrements non reçus (= nombre attendu moins reçu) en raison de la pression de travail ou des difficultés organisationnelles. 137 manquants peuvent être enregistrés ici.

Le nombre total d'enregistrements manqués peut être obtenu en additionnant les deux (nombre d'erreurs et nombre de missings (267). Les données de St Luc ne peuvent être incluses dans les résultats globaux. En effet, seul un peu plus d'un quart des travailleurs sociaux de Saint Luc avait participé à l'enregistrement des activités et seulement pendant 2 journées situées en dehors de la période définie pour l'enregistrement. Le problème ayant été soumis au comité scientifique, celui-ci a pris la décision de ne pas tenir compte de ces enregistrements pour garantir la validité de l'étude.

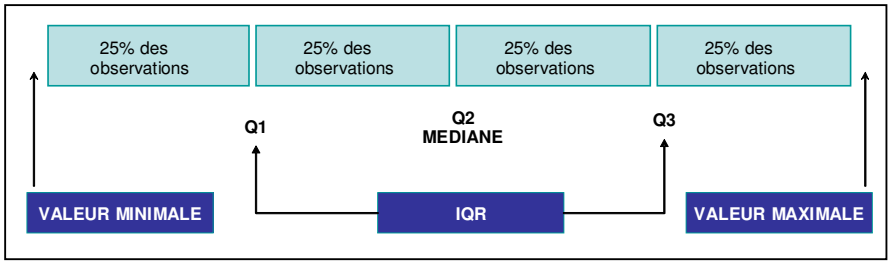
Dans la partie néerlandophone du pays, 1133 des 1270 enregistrements attendus ont été reçus. Les données se sont avérées contenir 130 enregistrements erronés et il en restait donc 1003 après correction. Ces enregistrements ont été inclus pour la poursuite du traitement et de l'analyse. Par ailleurs, il a été question également de 137 missings. Pour les hôpitaux universitaires dans la partie néerlandophone du pays, 267 enregistrements au total ont donc été manquants. L'équipe de recherche dans la partie francophone du pays a reçu 388 des 460 enregistrements à attendre. Finalement, 370 enregistrements ont pu être inclus pour la poursuite du traitement et de l'analyse des données.

3.2 Résultats de l'enregistrement de la fréquence de la durée des activités-clés

Dans cette rubrique, les principaux résultats des enregistrements concernant la fréquence et la durée pour la Belgique et les parties néerlandophones et francophones du pays seront discutés. Les tableaux complets figurent en détail en annexe (annexes 13, 14 et 15).

En premier lieu, le **total** de toutes les fréquences et durées a été indiqué. C'est la somme de toutes les fréquences et durées indiquées par les travailleurs sociaux sur une période de 10 jours. Ensuite, nous avons calculé **la proportion entre cette durée et la fréquence par activité**. Ce nombre est naturellement influencé par des observations extrêmes (= outliers) mais donne une indication de la proportion entre la fréquence et la durée. Le temps obtenu par activité doit naturellement être examiné et sondé. Par ailleurs, la **médiane** a été choisie comme **mesure centrale**[34]. Ce paramètre descriptif n'est pas influencé par des valeurs extrêmes. L'utilisation de la moyenne nous donnerait précisément une image faussée, en raison de la présence de valeurs extrêmes. Pour vérifier la distribution autour de cette médiane, nous avons utilisé la **plage interquartile** (IQR: Q3-Q1)[35]. Le premier quartile (Q1) correspond à la valeur couvrant un quart des données. Le troisième quartile (Q3) est donc, de manière analogue, la valeur qui contient un quart de l'échantillon total. La gamme interquartile contient donc 50 % de toutes les valeurs de l'échantillon, basées sur la médiane et mise en relation avec celle-ci. Enfin, nous avons déterminé les valeurs maximale et minimale au sein de l'échantillon pour les deux variables.

Une représentation schématique de la médiane, l'IQR et les valeurs maximale et minimale de l'échantillon est illustrée ci-dessous: [36]



[34] Médiane = valeur médiane pour la classification des observations.
[35] Dans les calculs suivants de Q3-Q1=IQR, il est possible de remarquer une différence minime. Celle-ci tient aux montants arrondis. Veuillez en tenir compte pour l'interprétation de tous les tableaux
[36]De Inleiding tot de medische statistiek, prof. Dr. G. De Moor et G. Van Maele, faculté de Médecine et des Sciences de la Santé, 2001.

Ci-dessous, les principaux résultats seront commentés pour la Belgique. Les résultats les plus importants seront affichés en fonction de critères suivants:

- **Sélection de la médiane >= 2 fois en ce qui concerne la fréquence**
- **Sélection de la médiane >= 15 minutes pour la durée de l'activité.**

Résultats de l'enregistrement de la fréquence et de la durée en Belgique (1373)									
		Total	Proportion durée/fréq (min)	Médiane	IQR	Q1	Q3	max	min
Soutien	Fréquence (nombre)	1923	17	2	2	1	3	15	1
	Durée (min)	33357		15	15	10	25	90	2
Médiation_psychosoc	Fréquence (nombre)	245	16	1	1	1	2	6	1
	Durée (min)	3991		15	10	10	20	60	2
Accompagnement	Fréquence (nombre)	922	22	2	2	1	3	17	1
	Durée (min)	20146		20	20	10	30	290	3
Intervention de crise	Fréquence (nombre)	121	39	1	0	1	1	5	1
	Durée (min)	4730		30	30	20	50	180	8
Anamnèse psychosociale et recherche sociale	Fréquence (nombre)	1517	17	2	2	1	3	14	1
	Durée (min)	25855		15	15	10	25	204	1
Rapport social	Fréquence (nombre)	837	11	2	3	1	4	25	1
	Durée (min)	9192		10	13	8	20	120	1
Gestion de dossier	Fréquence (nombre)	5237	9	4	5	2	7	48	1
	Durée (min)	48165		10	14	6	20	120	1
Enregistrement	Fréquence (nombre)	2743	5	3	5	1	6	48	1
	Durée (min)	13219		5	10	3	13	103	1
Visite à domicile	Fréquence (nombre)	11	90	1	0	1	1	3	1
	Durée (min)	987		118	124	26	151	240	4
Dispenser des infos_coord soins	Fréquence (nombre)	2087	11	2	3	1	4	45	1
	Durée (min)	23194		10	7	8	15	80	1
Collaboration en fonction d'une concertation liée au patient_coord soins	Fréquence (nombre)	3247	16	3	3	2	5	30	1
	Durée (min)	51715		15	21	9	30	250	1
Coordination de l'aide et des services_coord soins	Fréquence (nombre)	790	15	2	2	1	3	8	1
	Durée (min)	11984		13	10	10	20	240	2
Intégration d'autres aides et services_coord soins	Fréquence (nombre)	891	10	2	2	1	3	20	1
	Durée (min)	8731		10	9	6	15	60	3
Aide administrative_coord	Fréquence (nombre)	699	12	2	1	1	2	11	1

soins									
	Durée (min)	8167		10	9	6	15	120	1
Collaboration en fonction d'une concertation liée au patient_socadm	Fréquence (nombre)	655	11	2	2	1	3	120	1
	Durée (min)	7123		10	7	8	15	110	2
Collaboration en fonction d'une concertation liée au patient_juradm	Fréquence (nombre)	81	20	1	0	1	1	3	1
	Durée (min)	1590		15	10	10	20	150	5
Coordination d'aides et services_juradm	Fréquence (nombre)	13	22	1	0	1	1	2	1
	Durée (min)	280		15	25	5	30	60	5
Dispenser des informations_prévention	Fréquence (nombre)	206	11	2	2	1	3	7	1
	Durée (min)	2245		10	8	7	15	120	3
Défendre des intérêts individuels	Fréquence (nombre)	82	15	1	0	1	1	4	1
	Durée (min)	1221		15	10	10	20	60	4
Défendre des intérêts collectifs	Fréquence (nombre)	16	18	1	0	1	1	2	1
	Durée (min)	290		15	20	10	30	40	5
Signalement externe	Fréquence (nombre)	16	17	1	0	1	1	2	1
	Durée (min)	275		15	5	10	15	60	10
Participation à une formation	Fréquence (nombre)	115	228	1	0	1	1	1	1
	Durée (min)	26267		180	314	76	390	490	10
Dispenser soi-même une formation	Fréquence (nombre)	8	126	1	0	1	1	1	1
	Durée (min)	1010		90	38	60	98	480	20
Consulter, conseiller et coacher d'autres prof	Fréquence (nombre)	293	14	1	2	1	3	9	1
	Durée (min)	4079		15	10	10	20	100	2
Planification du développement des compétences	Fréquence (nombre)	13	33	1	0	1	1	2	1
	Durée (min)	433		20	11	9	20	240	3
Apporter une contribution à la formation des étudiants	Fréquence (nombre)	243	22	1	1	1	2	20	1
	Durée (min)	5456		20	20	15	35	120	4
Concertation non liée au patient	Fréquence (nombre)	437	47	1	0	1	1	10	1
	Durée (min)	20328		30	59	15	74	250	3
Contribuer au développement politique	Fréquence (nombre)	26	53	1	0	1	1	2	1
	Durée (min)	1385		30	40	20	60	210	10
Profiler et justifier sa propre profession	Fréquence (nombre)	55	18	1	1	1	2	6	1
	Durée (min)	995		15	20	10	30	120	5

Collaborer à des projets et la recherche	Fréquence (nombre)	1118	22	1	0	1	1	2	1
	Durée (min)	25009		20	15	15	30	370	2
Temps libre	Fréquence (nombre)	1081	30	1	0	1	1	2	1
	Durée (min)	32693		30	18	23	40	228	1
Congé	Fréquence (nombre)	204	302	1	0	1	1	1	1
	Durée (min)	61688		360	300	180	480	560	5
Déplacements	Fréquence (nombre)	1353	8	3	3	2	5	15	1
	Durée (min)	10501		6	6	4	10	510	1
Organisation et activités liées au service	Fréquence (nombre)	902	25	1	2	1	3	30	1
	Durée (min)	22588		20	18	13	31	410	1

- **<u>Activités liées aux patients</u>**

D'une part, l'**aide psychosociale** s'exprime très différemment en fonction des critères postulés. D'une part, nous observons que tant le soutien que l'accompagnement ont une médiane de 2 (IQR:3-1) pour la fréquence mais le soutien obtient une médiane de 15 minutes (IQR:25:10) pour la durée et de 20 minutes (IQR:30:10) pour l'accompagnement. En l'occurrence, nous pouvons affirmer que les deux activités sont souvent prises en charge, et ce pendant une période plutôt prolongée, par les travailleurs sociaux.

Par ailleurs, la médiane et l'IQR sont inférieurs pour la fréquence dans le cas de la médiation et de l'intervention de crise mais, sur la base de la durée, on peut quand même affirmer que c'est une activité qui nécessite un certain temps, à savoir une médiane de 15 minutes (IQR:20-10) pour la médiation et 30 minutes (médiane) (IQR:50-20)) pour l'intervention de crise. Même pour la fréquence totale, nous remarquons que ces chiffres sont nettement inférieurs à la fréquence totale pour le soutien et l'accompagnement.

Si nous considérons la proportion entre la durée et la fréquence, nous obtenons pour l'intervention de crise la durée maximale, à savoir 39 minutes. Comme nous l'avons déjà indiqué, ces chiffres doivent être abordés avec une certaine prudence étant donné qu'il faut encore procéder à un contrôle sur le lieu de travail. Finalement, le but est d'évoluer vers des temps normalisés.

En deuxième position, nous voyons revenir différentes activités dans **la recherche et le reporting**. Les résultats obtenus pour la gestion des dossiers et l'enregistrement des activités des patients sont les plus marquants. Sur la base de la fréquence, ces sous-activités, hormis la collaboration en fonction d'une concertation liée aux patients (coordination des soins) et les déplacements - s'avèrent avoir la médiane plus élevée, à savoir une médiane 4 (IQR:7-2) pour la gestion des dossiers et une médiane 3 (IQR:6-1) pour l'enregistrement des activités des patients. Sur la base de la proportion entre la fréquence et la durée, nous pourrions conclure que ces activités prennent moins de temps (gestion de dossiers 9 minutes et enregistrement 5 minutes). Même pour l'étude de l'IQR, on constate que 50 % des observations se situent entre 20 et 6 minutes pour la durée de la gestion du dossier et entre 13 et 3 minutes pour l'enregistrement.

Contrairement à ce qui précède, la visite à domicile s'avère avoir une fréquence faible (médiane 1; IQR: 1-1) mais une durée très longue, à savoir une médiane 118 minutes (IQR: 151-26). L'intensité

de l'exécution d'une visite à domicile et l'effet sur les attributions semblent élevés mais doivent être nuancés. Pendant la période d'enregistrement, 11 visites à domicile ont été effectuées sur 1373 enregistrements.

L'activité-clé **coordination des soins** arrive également en 3e position dans pratiquement tous ses aspects. La sous-activité collaboration en fonction d'une concertation liée au patient doit être particulièrement soulignée. Sur la base de la fréquence (médiane 3; IQR:5-2), cet item s'exprime beaucoup dans l'ensemble des attributions de travailleur social. La collaboration en fonction d'une concertation liée au patient présente une médiane pour la durée de 15 minutes (IQR: 30-9). Les autres sous-activités dispenser des informations, coordination des aides et services, intégration d'autres aides et services et assistance administrative ont une médiane identique pour la fréquence (2) et une médiane comparable pour la durée (environ 10 minutes). Les proportions entre la durée et la fréquence dans la tâche-clé de la coordination des soins sont comparables avec leurs médianes respectives pour la durée.

Ensuite, l'**aide socio-administrative** (collaboration en fonction d'une concertation liée au patient) s'avère présente plutôt dans une mesure limitée. Les mesures centrales suivantes ont été obtenues pour la collaboration: pour la fréquence, une médiane de 2 fois (IQR:3-1) et pour la durée une médiane de 10 minutes (IQR:15-8). La proportion entre la durée la fréquence (11 minutes) est à nouveau comparable avec celle de la médiane pour la durée (10 minutes).

Ci-contre, nous voyons apparaître une **aide juridique et administrative** (collaboration et coordination) dans le tableau. Pour ces sous-activités, une médiane pour la fréquence de 1 fois et une médiane pour la durée de 15 minutes (collaboration: IQR:20-10; coordination IQR:30-5) peuvent à chaque fois être dégagées. Si nous considérons les fréquences totales pour la période de l'enregistrement, cette activité-clé s'avère moins fréquente. Dans la **défense des intérêts** (individuels et collectifs) et le **signalement** (signalement externe), nous observons des résultats comparables.

Enfin, pour les activités liées au patient, la tâche-clé de la **prévention** (donner des informations) s'illustre particulièrement. En l'occurrence, une médiane de 2 fois (IQR:3-1) pour la fréquence et une médiane de 10 minutes (IQR: 15-7) pour la durée peuvent être retrouvées. La proportion (11 minutes) s'avère à nouveau très comparable avec celle de la médiane pour la durée.

- **<u>Activités non liées au patient</u>**

Pour les activités non liées aux patients, nous pouvons distinguer deux grandes tâches-clés.

Développement des compétences :
En premier lieu, l'aspect formation se dégage. Principalement la participation à la formation qui s'avère très intensive. La médiane pour la durée est de 180 minutes. Sur les 115 fois où la participation à une formation a été enregistrée, il s'agissait à 106 reprises de la partie néerlandophone du pays. La formation obligatoire de tous les travailleurs sociaux à l'UZ Gent peut avoir eu une influence sur les résultats obtenus pendant la période d'enregistrement. Dispenser une formation n'apparaît en revanche quà 8 reprises (fréquence totale).

Enfin, les travailleurs sociaux **consultent, conseillent et coachent d'autres professionnels** et les **plans de développement des compétences** et **apporter une contribution à la formation des étudiants** sont évoqués. La sous-activité planification du développement des compétences est la moins fréquente (une fréquence totale de 13 fois). Sur la base de la proportion entre la durée et la fréquence, nous pourrions présumer que c'est cet item qui dure le plus longtemps compte tenu de la

proportion maximale, à savoir 33 minutes. Cependant, nous constatons que tant la médiane pour la durée des plans de développement des compétences que l'apport d'une contribution à la formation des étudiants s'élèvent à 20 minutes.

Autres activités non liées au patient :
Les autres activités non liées aux patients s'expriment également sous la forme de différentes sous-activités. Pour la **concertation non liée au patient**, on observe une proportion entre la durée et la fréquence de 47 minutes. La médiane pour la durée est cependant de 30 minutes (IQR: 74-15). Nous pouvons donc affirmer que les travailleurs sociaux, tant au niveau des patients (cfr résultats de la collaboration en fonction d'une concertation liée au patient) qu'au mésoniveau et au macroniveau consacrent beaucoup de temps à la concertation et à la collaboration avec d'autres instances, disciplines, auxiliaires, patients, parents et tiers importants.

Sur la base de la fréquence, la sous-activité **déplacements** se rencontre aussi souvent. La médiane pour la fréquence est 3 fois (IQR 5-2) et pour la durée 6 (IQR: 10-4). En l'occurrence, nous pouvons donc conclure que les travailleurs sociaux doivent souvent se déplacer pendant une période relativement courte.

Ci-contre, l'activité-clé **organisation et activités liées au service** se dégage. La lecture et la réponse aux e-mails, la consultation d'articles et textes, les préparations aux réunions, l'engagement du travail social dans les organisations de patients, etc. s'avèrent également faire partie dans une mesure importante des attributions du travailleur social dans l'hôpital.

Enfin, le temps propre a également été considéré. La médiane pour la fréquence s'avère de 50% des observations 1 (IQR: 1-1) et pour la durée de 30 minutes (IQR: 40-23). Nous pourrions conclure que les travailleurs sociaux, hormis leur pause de midi, ne prennent pas de pauses supplémentaires. Ici, nous sommes éventuellement confrontés à sous-score - à prévoir.

Ci-dessous, le même exercice est présenté pour la **partie néerlandophone du pays**:

Résultats de l'enregistrement de la fréquence et de la durée dans la partie néerlandophone du pays (1003)									
		total	Proportion durée/fréq (min)	Médiane	IQR	Q1	Q3	max	min
Soutien	Fréquence (nombre)	1325	20	2	2	1	3	15	1
	Durée (min)	26290		20	17	13	30	90	3
Médiation_psychosoc	Fréquence (nombre)	205	17	1	1	1	2	6	1
	Durée (min)	3412		15	10	10	20	60	2
Accompagnement	Fréquence (nombre)	627	27	2	2	1	3	7	1
	Durée (min)	16630		28	15	15	30	290	5
Traitement	Fréquence (nombre)	53	35	1	1	1	2	5	1
	Durée (min)	1855		30	40	15	55	120	5
Intervention de crise	Fréquence (nombre)	101	44	1	0	1	1	4	1
	Durée (min)	4445		30	40	20	60	180	8
Anamnèse psychosociale et recherche sociale	Fréquence (nombre)	866	20	2	2	1	3	11	1
	Durée (min)	17190		18	19	11	30	204	1
Rapport social	Fréquence (nombre)	486	13	2	2	1	3	13	1
	Durée (min)	6397		13	10	10	20	120	1
Gestion de dossier	Fréquence (nombre)	2677	12	3	4	2	6	27	1

	Durée (min)	32874		12	15	8	23	120	1
Enregistrement	Fréquence (nombre)	907	8	2	3	1	4	27	1
	Durée (min)	7125		6	12	3	15	103	1
Visite à domicile	Fréquence (nombre)	8	122	1	0	1	1	2	1
	Durée (min)	975		120	81	73	154	240	15
Screening de patients à risque	Fréquence (nombre)	267	14	1	1	1	2	10	1
	Durée (min)	3760		15	6	10	16	60	3
Dispenser des infos_coord soins	Fréquence (nombre)	1225	13	2	2	1	3	14	1
	Durée (min)	15750		12	6	10	16	80	1
Collaboration en fonction d'une concertation liée au patient_coord soins	Fréquence (nombre)	2093	18	3	3	1	4	25	1
	Durée (min)	38097		15	20	10	30	250	2
Coordination de l'aide et des services_coord soins	Fréquence (nombre)	588	17	2	1	1	2	8	1
	Durée (min)	9750		15	10	10	20	240	2
Intégration d'autres aides et services_coord soins	Fréquence (nombre)	612	10	2	2	1	3	20	1
	Durée (min)	6171		10	8	7	15	60	3
Collaboration en fonction d'une concertation liée au patient_socadm	Fréquence (nombre)	579	11	2	2	1	3	120	1
	Durée (min)	6288		10	7	8	15	110	2
Médiation_juradm	Fréquence (nombre)	8	29	1	0	1	1	1	1
	Durée (min)	235		20	28	10	38	70	10
Collaboration en fonction d'une concertation liée au patient_juradm	Fréquence (nombre)	62	21	1	0	1	1	3	1
	Durée (min)	1290		15	20	10	30	150	5
Défense d'intérêts individuels	Fréquence (nombre)	64	15	1	0	1	1	4	1
	Durée (min)	950		15	10	10	20	60	4
Signalement externe	Fréquence (nombre)	7	16	1	0	1	1	1	1
	Durée (min)	115		15	0	15	15	30	10
Participation à une formation	Fréquence (nombre)	106	222	1	0	1	1	1	1
	Durée (min)	23522		180	270	90	360	490	10
Dispenser soi-même une formation	Fréquence (nombre)	7	76	1	0	1	1	1	1
	Durée (min)	530		90	30	60	90	120	20
Consulter, conseiller et coacher d'autres prof	Fréquence (nombre)	100	18	1	0	1	1	5	1
	Durée (min)	1814		15	10	10	20	100	2
Réflexion à propos de ses propres actions	Fréquence (nombre)	86	14	1	0	1	1	3	1
	Durée (min)	1239		15	12	8	20	53	5
Apporter sa contribution à la formation des étudiants	Fréquence (nombre)	190	22	1	1	1	2	20	1
	Durée (min)	4096		24	20	15	35	120	4
Concertation non liée au patient	Fréquence (nombre)	387	50	1	0	1	1	4	1
	Durée (min)	19233		30	63	16	79	250	3
Contribution au développement de la politique	Fréquence (nombre)	17	52	1	0	1	1	2	1
	Durée (min)	885		45	30	30	60	90	10

Profil et justification de sa propre profession	Fréquence (nombre)	13	40	1	0	1	1	1	1
	Durée (min)	525		15	45	15	60	120	10
Collaborer à des projets et à la recherche	Fréquence (nombre)	842	19	1	1	1	2	2	1
	Durée (min)	15954		20	16	14	30	180	2
Temps libre	Fréquence (nombre)	868	31	1	1	1	2	2	1
	Durée (min)	26798		30	23	23	45	228	1
Congé	Fréquence (nombre)	150	271	1	0	1	1	1	1
	Durée (min)	40676		240	368	113	480	560	5
Déplacements	Fréquence (nombre)	1337	7	3	3	2	5	15	1
	Durée (min)	9616		5	6	4	10	510	1
Organisation et activités liées au service	Fréquence (nombre)	723	27	1	2	1	3	10	1
	Durée (min)	19443		20	22	14	36	410	4

- **Activités liées au patient**

Dans la partie néerlandophone du pays, **l'aide psychosociale** s'exprime aussi tout à fait différemment sur la base des critères postulés. Pour les sous-activités soutien et accompagnement, nous observons des médianes concordantes en ce qui concerne la fréquence (à savoir 2 fois; IQR: 3-1). Les médianes pour la durée sont légèrement supérieures par rapport aux résultats globaux pour la Belgique. Il faut cependant remarquer que l'item **traitement** est ajouté à la liste dans cette partie du pays. La médiane pour la durée s'élève à 30 minutes (IQR: 55-15) et la proportion entre la fréquence et la durée est de 35 minutes. La fréquence totale indiquée doit cependant être qualifiée de plutôt faible (elle apparaît 53 fois pendant la période d'enregistrement).

Les résultats obtenus pour la médiation et l'intervention de crise sont aussi très concordants (médianes comparables par rapport aux résultats pour la Belgique). Si nous considérons la proportion entre la durée et la fréquence, nous obtenons à nouveau la durée la plus élevée, à savoir 44 minutes, pour l'intervention de crise.

Ci-contre, nous observons également différentes sous-activités dans **la recherche et le reporting** pour la partie néerlandophone du pays. Sur la base de la fréquence, la sous-activité gestion de dossier - outre la collaboration en fonction de la concertation liée au patient (coordination des soins) et les déplacements - s'avère avoir la médiane plus élevée, à savoir la médiane 3 (IQR: 6-2). L'enregistrement des activités des patients sort du peloton de tête (médiane 3 pour la Belgique, médiane 2 pour la partie néerlandophone du pays).

Contrairement aux autre sous-activités dans la recherche et le reporting, la visite à domicile s'avère à nouveau posséder une faible fréquence (médiane 1; IQR: 1-1) mais une très longue durée, à savoir une médiane de 120 minutes (IQR: 154-73). Pendant la période d'enregistrement, seules 11 visites à domicile ont été effectuées pour la Belgique sur 1373 enregistrements dont 8 dans la néerlandophone du pays (n = 1003).

L'activité-clé **coordination des soins** se rencontre dans pratiquement tous ses aspects. Toutes les sous-activités décrites dans les résultats pour la Belgique se retrouvent ici aussi. La collaboration en fonction d'une concertation liée au patient ressort également dans la partie néerlandophone du pays.

De nouveau, les proportions entre la durée et la fréquence dans la tâche-clé coordination des soins et leur médianes respectives pour la durée sont comparables. La seule différence notable qui peut être indiquée est l'ajout du screening des patients à risque.
L'**aide socio-administrative** (collaboration en fonction d'une concertation liée au patient) se rencontre de manière presque identique aux résultats obtenus pour la Belgique.
Ci-contre, nous retrouvons des sous-activités quelque peu différentes pour la tâche-clé **aide juridique et administrative**. Contrairement aux résultats pour la Belgique, la coordination des aides et services n'apparaît plus dans le tableau mais bien la médiation dans le cadre de cette aide juridique administrative. Cette activité-clé est cependant peu rencontrée pendant la période totale de l'enregistrement, à savoir 8 fois pour la médiation et 62 fois pour la collaboration en fonction de la concertation liée au patient (n=1003). La **défense des intérêts** (uniquement individuels) et le **signalement** (signalement externe) se rencontrent dans une moindre mesure (64 fois pour la défense individuelle des intérêts et 7 fois pour le signalement externe).

Enfin nous remarquons que la tâche-clé prévention dans les activités liées au patient ne s'exprime pas dans la partie néerlandophone du pays.

- **<u>Activités non liées aux patients</u>**

Parmi les activités non liées aux patients, nous pouvons distinguer deux grosses tâches-clés. Les sous-items suivants sont discutés ci-dessous.

Développement des compétences :
En premier lieu, l'**aspect de la formation** s'illustre. La formation obligatoire pour tous les travailleurs sociaux au sein de l'UZ Gent peut avoir eu une influence sur les résultats obtenus pendant la période de l'enregistrement. La médiane pour la durée est de 180 minutes (IQR: 360-90). Dans les résultats pour la Belgique, dispenser une formation se rencontre à 8 reprises (fréquence totale) dont 7 dans la partie néerlandophone du pays.

Enfin, nous observons les sous-activités **consulter, conseiller et coacher les autres professionnels, apporter une contribution à la formation des étudiants et réfléchir sur ses propres actions** sur la base des critères postulés. La dernière sous-activité ne se rencontre pas dans le tableau (de sélection).

Autres activités non liées au patient :
Même les autres activités non liées au patient sont largement présentes sous la forme de différentes sous-activités. Pour la **concertation non liée au patient**, on observe des résultats similaires par rapport à ceux de la Belgique. La proportion entre la durée et la fréquence s'élève à 50 minutes. La médiane pour la durée est cependant de 30 minutes avec une très grande répartition (IQR:79-16). Sur 1003 enregistrements, nous notons à 387 reprises une concertation non liée au patient dans la partie néerlandophone du pays.

Sur la base de la fréquence, la sous-activité **déplacements** se rencontre aussi souvent. Sur le nombre total de déplacements (1353), 1337 se rencontrent dans la partie néerlandophone du pays. La médiane pour la fréquence est 3 fois (IQR 5-2) et pour la durée 5 (IQR:10-4). En l'occurrence, nous pouvons donc en conclure que les travailleurs sociaux doivent souvent se déplacer pendant une période relativement courte.

Enfin, des résultats similaires peuvent être obtenus pour l'activité-clé **organisation et activités liées au service** et la rubrique temps **propre**.

Les résultats pour la **partie francophone du pays** peuvent être retrouvés ci-dessous**:**

Resultaten registratie frequentie en duur Franstalig landsgedeelte (370)									
		total	rapport durée/fréq (min)	mediane	IQR	Q1	Q3	max	min
Soutenir (aide psychosociale)	Fréquence (nombre)	598	12	3	2	2	4	10	1
	Durée (min)	7067		10	5	10	15	40	2
Accompagnement	Fréquence (nombre)	295	12	2	2	1	3	17	1
	Durée (min)	3516		10	5	10	15	60	3
anamnèse psychosociale et recherche sociale	Fréquence (nombre)	651	13	2	3	1	4	14	1
	Durée (min)	8665		15	10	10	20	120	3
rapport social	Fréquence (nombre)	351	8	2	4	1	5	25	1
	Durée (min)	2795		10	5	5	10	60	2
la gestion du dossier	Fréquence (nombre)	2560	6	7	7	4	11	48	1
	Durée (min)	15291		7	6	5	11	120	1
enregistrement des activités faites pour les patients	Fréquence (nombre)	1836	3	6	8	4	12	48	1
	Durée (min)	6094		4	5	2	8	90	1
visite à domicile	Fréquence (nombre)	3	4	3	0	3	3	3	3
	Durée (min)	12		4	0	4	4	4	4
dépistage des patient à risque (coordination des soins)	Fréquence (nombre)	122	8	3	3	1	4	12	1
	Durée (min)	937		10	5	5	10	30	3
donner des info	Fréquence (nombre)	862	9	3	3	2	5	45	1
	Durée (min)	7444		10	8	7	15	40	1
transférer vers une autre institution	Fréquence (nombre)	319	10	2	2	1	3	11	1
	Durée (min)	3312		10	8	7	15	60	4
collaborer aux supervisions liées au patient	Fréquence (nombre)	1154	12	3	4	2	6	30	1
	Durée (min)	13618		10	19	6	25	120	1
coordoner services d'aide et de soins	Fréquence (nombre)	202	11	2	2	1	3	7	1
	Durée (min)	2234		10	8	8	15	45	3
faire intervenir le réseau social	Fréquence (nombre)	203	9	2	2	1	3	5	1
	Durée (min)	1915		10	8	5	13	50	3
faire intervenir d'autres services d'aide et de soins	Fréquence (nombre)	279	9	2	2	1	3	10	1
	Durée (min)	2560		10	5	5	10	25	3
soutien administratif	Fréquence (nombre)	245	9	2	2	1	3	7	1
	Durée (min)	2090		10	8	5	13	30	2
la médiation	Fréquence (nombre)	13	13	2	2	1	3	3	1
	Durée (min)	170		15	18	8	25	30	5
donner des info (aide concrète/ aide financiere et adm)	Fréquence (nombre)	321	8	2	2	1	3	28	1
	Durée (min)	2691		10	8	5	13	35	2

collaborer aux supervisions concernant le patient	Fréquence (nombre)	78	10	2	1	1	2	11	1
	Durée (min)	755		8	7	5	12	155	2
coordination d'aide et de soins	Fréquence (nombre)	18	19	1	0	1	1	2	1
	Durée (min)	340		10	6	9	15	150	5
donner des info (prévention)	Fréquence (nombre)	68	8	2	2	1	3	5	1
	Durée (min)	535		8	5	5	10	20	5
collaborer aux concernant le patient	Fréquence (nombre)	19	18	2	2	2	3	4	1
	Durée (min)	350		17	23	10	33	60	8
prise en compte des intérêts individuels (gestion des intérêts)	Fréquence (nombre)	18	15	1	0	1	1	2	1
	Durée (min)	271		13	21	9	30	30	4
participation à une formation	Fréquence (nombre)	9	305	1	0	1	1	1	1
	Durée (min)	2745		360	450	30	480	480	30
donner une formation	Fréquence (nombre)	1	480	1	0	1	1	1	1
	Durée (min)	480		480	0	480	480	480	480
consulter, coacher d'autres prof	Fréquence (nombre)	193	12	3	3	1	4	9	1
	Durée (min)	2265		11	12	8	20	95	4
plannifier le développement des ses compétences	Fréquence (nombre)	3	93	2	1	1	2	2	1
	Durée (min)	280		130	110	75	185	240	20
contribuer à la formation pratique des étudiants	Fréquence (nombre)	53	26	1	1	1	2	4	1
	Durée (min)	1360		20	16	15	31	120	5
supervision non lieé aux patients	Fréquence (nombre)	50	22	1	0	1	1	10	1
	Durée (min)	1095		30	16	14	30	120	4
contribuer à son développement personnel	Fréquence (nombre)	9	56	1	0	1	1	1	1
	Durée (min)	500		30	20	10	30	210	10
définir son travail et sa manière de le faire	Fréquence (nombre)	42	11	1	1	1	2	6	1
	Durée (min)	470		15	13	8	20	30	5
participer à un travail de recherche	Fréquence (nombre)	276	33	1	0	1	1	2	1
	Durée (min)	9055		30	15	15	30	370	5
temps libre	Fréquence (nombre)	213	28	1	0	1	1	2	1
	Durée (min)	5895		30	0	30	30	90	5
congé	Fréquence (nombre)	54	389	1	0	1	1	1	1
	Durée (min)	21012		456	120	360	480	480	60
déplacements	Fréquence (nombre)	16	55	1	1	1	2	2	1
	Durée (min)	885		30	35	26	61	240	10
organisation et activités liées au service	Fréquence (nombre)	179	18	1	1	1	2	30	1
	Durée (min)	3145		15	20	10	30	270	1

Au niveau des commentaires relatifs au tableau ci-dessus, nous allons examiner tout d'abord les activités liées au patient, et ensuite celles qui n'y sont pas liées.

- **Activités liées au patient**

Aide psychosociale

Soutenir: avec une fréquence médiane de 3 fois (IQR : 4-2) et une médiane de 10 minutes pour la durée (IQR : 15-10), elle se situe au-dessus des valeurs pour le pays et la région néerlandophone pour la fréquence mais en-dessous pour la durée. Le rapport durée/fréquence est de 12 minutes.

Accompagnement : médiane 2 pour la fréquence (IQR : 3-1) et médiane 10 minutes pour la durée (IQR : 15-10), cette activité se situe au même niveau que le pays et la région néerlandophone pour la fréquence mais est inférieure pour la durée.

Recherche et reporting

Anamnèse psycho sociale et recherche sociale: avec une médiane de 2 pour la fréquence (IQR : 4-1) et une médiane de 15 minutes pour la durée (IQR : 20-10), elle a les mêmes valeurs que celles du pays et de la région néerlandophone.

En ce qui concerne le Rapport social, médiane 2 pour la fréquence (IQR : 5-1) et durée médiane 10 minutes (IQR : 10-5), les mêmes remarques peuvent être faites.

La gestion du dossier: fréquence médiane 7 (IQR : 11-4) et durée médiane 7 minutes (IQR :11-5) Les travailleurs sociaux francophones s'occupent plus souvent mais moins longtemps de cet aspect du travail que leurs collègues néerlandophones.

Enregistrement des activités faites pour les patients: fréquence médiane 6 (IQR : 12-4) et durée médiane 4 minutes (IQR : 8-2). La même remarque peut être faite que pour l'item précédent.

Coordination des soins

Donner des infos: fréquence médiane 3 (IQR : 5-2) et durée médiane 10 minutes (IQR : 15-7).
Les résultats sont assez comparables à ceux de la région néerlandophone.

Collaborer aux supervisions concernant le patient: fréquence médiane 3 (IQR : 6-2) et durée médiane 10 minutes (IQR : 25-6). Les résultats sont comparables à la région néerlandophone.

Coordination d'aide et de soins: fréquence médiane 2 (IQR :3-1) et durée médiane 10 minutes (IQR : 15-8).

Soutien administratif: fréquence médiane 2 (IQR : 3-1) et durée médiane 10 minutes (IQR : 13-5).

Aide financière et administrative

Donner des informations (aide concrète, aide financière et administrative): fréquence médiane 2 (IQR : 3-1) et durée médiane 10 minutes (IQR : 13-5).

- **<u>Activités non liées au patient</u>**

Consulter, coacher d'autres professionnels: fréquence médiane 3 (IQR : 4-1) et durée médiane 11 minutes (IQR : 20-8). Echanger des informations, s'encourager est une activité qui prend 12 minutes quand on examine le rapport durée/ fréquence.

Contribuer à la formation pratique des étudiants: fréquence médiane 1 (IQR : 2-1) et durée médiane 20 minutes (IQR : 31-15). L'hôpital universitaire est un lieu de formation puisque cette activité apparaît à 53 reprises. Le rapport durée/ fréquence est de 26 minutes.

Autres activités non liées au patient

Participer au travail de recherche: fréquence médiane 1 (IQR : 1-1) et durée médiane 30 minutes (IQR : 30-15). Chaque participant a enregistré ses activités de la journée dans le cadre de cette recherche, ce qui explique une médiane de 1 sur 30 minutes.

Temps libre: fréquence médiane 1 (IQR : 1-1) et durée médiane 30 minutes (IQR : 30-30). Une pause de 30 minutes par jour en médiane. Peut-on considérer ceci comme réaliste ou doit-on supposer que chaque travailleur éprouve quelques difficultés à reconnaître ses courts moments de pause ?

Congé: fréquence médiane 1 (IQR : 1-1) et durée médiane 456 minutes (IQR : 480-360). La période d'enregistrement a coïncidé avec la fin de l'année, moment où chaque travailleur épuise son quota de congés annuels.

CHAPITRE 6: CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Pour conclure, on peut dire que si cette recherche a pu montrer la grande diversité des tâches effectuées par le travailleur social, elle montre aussi une cohérence entre la région francophone et néerlandophone du pays.

En premier lieu, **l'inventaire des activités du travail social pour les hôpitaux universitaires en Belgique** révèle que l'aide psychosociale, la sensibilisation et la défense des intérêts, le conseil et les différent aspects de la coordination des soins (notamment, concertation, soins à domicile et réglementation des transports) sont largement présents. Pour les autres tâches-clés, la répartition donner des informations, réorienter, demande effective et suivi a toujours été opérée. Dispenser des informations et réorienter (en ce qui concerne notamment l'aide financière et administrative, les mutuelles et l'Agence flamande- PHARE- AWIPH) vers d'autres instances s'avère constituer une part plus importante des attributions du travailleur social dans l'hôpital (par rapport à la demande effective et au suivi). Cela tient éventuellement aux évolutions sociales, par exemple le transfert vers les soins de santé de première ligne et la durée de séjour plus courte en hôpital. Pour les hôpitaux universitaires, 72 % des activités-clés peuvent être regroupés dans la catégorie la plus élevée (=70%) (qui appartient le plus à leurs attributions). De ce fait, la polyvalence du travail social est démontrée. Par ailleurs, pour les parties néerlandophone et francophone du pays, des activités de la catégorie intermédiaire (=50% - <70%) peuvent également être ajoutées à cette catégorie la plus élevée (chapitre 5, rubrique 1.1).

Les travailleurs sociaux des hôpitaux universitaires privilégient globalement les mêmes activités que ceux **des hôpitaux généraux.** Les activités centrées sur le patient y occupent une place importante en ce compris l'assurabilité. Outre les activités décrites précédemment pour les hôpitaux universitaires, d'autres items (notamment, signalement, aide dans le cadre de la carte sociale, activités non liées au patient) peuvent être ajoutés à la catégorie la plus élevée. 96 % des activités-clés obtiennent un score élevé. Cela tient probablement au mode différent d'interrogation. Les résultats obtenus dans le groupe de contrôle des hôpitaux généraux sont comparables à ceux des hôpitaux universitaires. Un complément d'étude des similitudes et différences semble indiqué. Dans cette étude - comme décrit précédemment, on a choisi à l'origine de reprendre les hôpitaux généraux comme groupe de contrôle. Le développement en profondeur et en largeur est nécessaire pour obtenir une image globale du travail social en hôpital.

Ensuite, la **question de l'importance** (dans différents aspects) nous a permis d'étudier plus avant l'inventaire obtenu ou la photo du travail social. Les activités-clés **coordination des soins, aide psychosociale, aide socio-administrative et étude et reporting** sont indiquées par la majorité de travailleurs sociaux, opérant dans un hôpital universitaire en Belgique comme les principales activités dans leurs contextes de travail actuel et idéal. Dans la tâche-clé aide psychosociale, les sous-activités soutenir et accompagner sont considérées comme les tâches-clés principales. Dans la partie néerlandophone du pays, une intervention de crise y est ajoutée. Pour la coordination des soins, nous voyons la communication d'informations, la collaboration en fonction de la concertation liée au patient, l'intégration du réseau social et l'intégration d'autres aides et services comme des sous-activités s'exprimer dans les résultats pour la Belgique. Dans la partie néerlandophone du pays, la réorientation en fonction d'une concertation liée au patient est ajoutée à la liste. Enfin, dans la recherche et le reporting, nous enregistrons l'item anamnèse psychosociale et étude sociale.

Les activités les moins importantes indiquées par les travailleurs sociaux opérant dans un hôpital universitaire en Belgique sont d'**autres activités non liées aux patients, le signalement, l'aide matérielle et le développement des compétences**. Pour la partie néerlandophone du pays, la prévention et l'aide juridique et administrative sont ajoutées. Les résultats obtenus pour les situations de travail actuelle et idéale sont concordants. On peut dire que les activités considérées par les travailleurs sociaux des hôpitaux francophones comme les moins importantes sont quasi identiques à celle du pays et de la région néerlandophone, notamment les activités non liées au patient, le signalement, le développement des compétences. Un item plus surprenant concerne la recherche et le reporting qui apparaît en même temps comme une des activités les plus importantes.

Il n'y a pas une grande différence entre son contexte de travail actuel et idéal. Le travailleur social travaille-t-il déjà dans un contexte proche de l'idéal ou est-il trop accaparé par son travail pour imaginer un autre contexte?

Les résultats des facteurs d'influence (temps suffisant, espace, reconnaissance, compétences et identification) dans le contexte de travail actuel révèlent que la capacité et la faculté d'exercer une activité enregistrent toujours un score relativement faible (surtout par rapport à la situation de travail idéale) sur le plan du temps et de l'espace suffisants. En revanche, les travailleurs sociaux interrogés indiquent quand même disposer de compétences suffisantes et se sentir suffisamment reconnus. Par ailleurs, ils indiquent à cette occasion pouvoir s'identifier suffisamment avec les activités. Cet élément devra certainement être considéré plus avant dans le suivi de l'étude. Les facteurs d'influence sur le travail social seront approfondis à cette occasion et seront soumis à la discussion dans des groupes ad-hoc.

En troisième position, nous retrouvons les tendances précédentes dans **l'enregistrement de la fréquence et de la durée** (Belgique).

A nouveau, **l'aide psychosociale** s'illustre particulièrement, surtout sur les sous-activités soutien et accompagnement – désignées comme importantes. La médiane et l'IQR pour la fréquence en cas de médiation et d'intervention de crise sont inférieures mais, sur la base de la durée, on peut quand même affirmer qu'il s'agit d'une activité qui prend un certain temps, à savoir une médiane de 15 minutes (IQR:20-10) pour la médiation et de 30 minutes (médiane) (IQR:50:20) pour l'intervention de crise.

Pour l'activité-clé **recherche et reporting**, nous voyons s'exprimer différents aspects. L'anamnèse psychosociale et l'étude sociale sont indiquées à la fois dans les enregistrements et dans le questionnaire sur l'importance par les travailleurs sociaux comme une sous-activité très importante. Par ailleurs, ce sous-item s'avère également obtenir un score élevé (95 %) pour l'inventaire des activités du travail social (qui font partie des attributions). Les résultats obtenus pour la gestion des dossiers et l'enregistrement des activités des patients sautent également aux yeux. Sur la base de la fréquence, ces sous-activités – outre la collaboration en fonction d'une concertation liée au patient (coordination des soins) et des déplacements - s'avèrent également posséder la médiane la plus élevée, à savoir la médiane 4 (IQR: 7-2) pour la gestion de dossiers et la médiane 3 (IQR:6-1) pour l'enregistrement des activités des patients. Sur la base de la proportion entre la fréquence et la durée, nous pourrions conclure que ces activités prennent moins de temps (gestion de dossier 9 minutes et enregistrement 5 minutes). Même pour l'étude de l'IQR, on observe que 50% des observations se situent entrent 20 et 6 minutes pour la durée de la gestion du dossier et entre 13 et 3 minutes pour l'enregistrement. Enfin, la sous-activité visite à domicile doit encore être soulignée. Comme discuté précédemment, nous sommes partis du principe que les résultats de la visite à domicile obtenus pour l'inventaire des activités du travail social étaient à la base du faible score de l'activité-clé totale. Cette

hypothèse peut-être quelque peu étayée par le questionnaire complémentaire sur l'importance et l'enregistrement de la fréquence et de la durée. La visite à domicile s'exprime comme l'une des activités les moins importantes. Même pour la période d'enregistrement (1373 enregistrements), nous constatons que les travailleurs sociaux ont effectué seulement 11 visites à domicile.

La **coordination des soins** s'exprime aussi dans les résultats pour la fréquence et la durée en Belgique dans sa largeur, à savoir la collaboration en fonction de l'information liée au patient (principalement), la communication d'informations, la coordination des aides et services, l'intégration d'autres aides et services et le soutien administratif. Si nous comparons ces données avec le questionnaire relatif à l'importance, les sous-activités suivantes s'expriment: communication d'informations, collaboration en fonction d'une concertation liée au patient et intégration du réseau social et intégration d'autres aides et services. La partie néerlandophone du pays y ajoute la réorientation en fonction d'une concertation liée au patient.

Par ailleurs, **l'aide socio-administrative** (collaboration en fonction d'une concertation liée au patient) s'avère également être exécutée par les travailleurs sociaux pendant la période de l'enregistrement. Les mesures centrales suivantes ont été obtenues pour la collaboration : pour la fréquence, une médiane de 2 fois (IQR: 3-1) et, pour la durée, une médiane de 10 minutes (IQR: 15-8). L'aide socio-administrative est avancée comme une activité importante dans la question du classement.

Outre les activités liées au patient, les travailleurs sociaux se sont avérés exercer de nombreuses activités non liées au patient. D'une part, ils ont principalement signalé pour le développement des compétences la formation, la consultation, le conseil et le coaching d'autres professionnels, la planification du développement des compétences et une contribution à la formation des étudiants et, d'autre part, pour les autres activités non liées au patient, la concertation non liée au patient, les déplacements et les activités liées à l'organisation et aux services. Ces activités sont considérées comme moins importantes (la moins importante: dispenser soi-même une formation) mais s'expriment beaucoup dans la fréquence et la durée. Cela tient principalement à l'intensité de ces activités et moins à la fréquence.

Pour l'enregistrement de la fréquence et la durée, nous voudrions formuler une remarque à propos de la méthodologie choisie et des résultats qui s'y rattachent. Nous tenons à souligner que les proportions obtenues (durée et temps) ainsi que les mesures centrales et la distribution constituent seulement une indication des premières réflexions. D'une part, un feed-back sur le terrain des temps obtenus sera nécessaire. Ces valeurs sont-elles réalistes et représentatives du travail effectué? Par ailleurs, ces observations doivent être étudiées dans une enquête plus détaillée et évoluent en temps standard. A l'aide d'observations prolongées par des observateurs neutres externes (p. ex., 6 mois), des données supplémentaires peuvent être générées. Une autre possibilité est de procéder à une combinaison des différentes méthodes décrites dans la littérature (cfr 2.3.2) pour compenser de cette manière les inconvénients de chaque méthode.

Cette enquête peut être utilisée comme base pour des études ultérieures afin de poursuivre de cette manière l'objectif final, à savoir la description de paramètres objectifs, la détermination de déterminants normalisés et l'attribution de facteurs de pondération. L'établissement d'un instrument de gestion pour une affectation uniforme et objective des travailleurs sociaux nous semble essentielle.

En outre, tant l'importance que la fréquence et la durée dans les hôpitaux généraux doivent être déterminées de manière à pouvoir obtenir une image complète du travail social dans l'hôpital.

Enfin, nous tenons encore à souligner que la complexité du travail social ne peut être décrite dans sa totalité par le simple enregistrement de tâches et d'activités et il convient d'effectuer des études complémentaires des aspects qualitatifs du travail social. Les influences telles que la personnalité et les normes et valeurs du travailleur social, du patient et de son système, les connaissances, l'expérience et l'expertise du travailleur social, les attentes de la politique, le type de département/la convention INAMI/le programme de soins, etc. peuvent influencer la nature et la profondeur de l'intervention du travail social. Helen Cleak[37] indique également dans son article que le travail social est difficile à quantifier et les facteurs de succès ou d'échec se contrôlent rarement.

Ce type de recherche est assez complexe (notamment la définition des clusters d'activités, l'enregistrement des durées des activités…). Nous espérons que la complexité n'ait pas nuit aux résultats (ex : il n'est pas toujours évident de décortiquer le temps d'un entretien en différents items tels que temps passé à donner des informations, temps passé au soutien….) mais a eu le mérite de mobiliser les travailleurs sociaux et de leur permettre de prendre le temps de penser à eux et de penser à leur travail.

[37] Cleak, H., A model of social work classification in health care, Australian Social Work, Mars 2002, 55:1, 38-49.

CHAPITRE 7: BIBLIOGRAPHIE

Algemeen en methodologie

1. Ampt, A., Westbrook, J., ea, A comparison of self-reported and observational work sampling techniques for measuring time in nursing tasks. J Health Serv Res Policy, jan 2007, 12: 1, 18-24.

2. Burke, T.A, McKee, J.R., ea, A Comparison of Time-and-Motion and Self-reporting Methods of Work Measurement, Journal of Nursing Administration, March 2000, 30:3, 118-125.

3. Cleak, H., A model of social work classification in health care, Australian Social Work, March 2002, 55:1, 38-49.

4. Christiaans, H.H.C.M., Fraaij, A.L.A, ea, Methodologie van technisch-wetenschappelijk onderzoek. Lemma, 2004, pg 424.

5. Davis, C., Baldry, E., ea, Defining the role of the hospital social worker in Australia, International Social Work, 2004, 47:3, 346-358.

6. Delobelle, S. en Smet K., Zelfregistratie via multimomentopname, een betrouwbare registratiemethode binnen de verpleegkunde?, thesis UGent, 2007, pg 89.

7. De Laet, M. en Offermans, P., Marktonderzoek. De Boeck, 2003, pg 575.

8. De Pelsmacker, P. en Van Kenhove, P., Marktonderzoek. Methoden en toepassingen. Garant, 1996, pg 737.

9. De Vet, H.C.W. en Beurskens, A.J.H.M., Meetinstrumenten. Reproduceerbaarheid van metingen, Universiteit Maastricht, vakgroep Epidemiologie, 1997, 44-49.

10. Finkler, S.A., Knickman, J.R.,ea, A Comparison of Work-Sampling and Time-and-Motion Techniques for Studies in Health Services Research, Health Services Research, december 1993, 28:5, 577-597

11. Hendrickson, G., Doddato, T.M. en Kovner, C.T., How Do Nurses Use Their Time? JONA, march 1990, 20:3, 31-37.

12. Hernandez, C.A. en O'Brien – Pallas, L., Validity and Reliability of Nursing Workload Measurement Systems: Review of Validity and Reliability Theory, CJONA, 1996.

13. Jackson, B.L., Determining Efficiency Through Work Sampling, Management Review, january 1972, 13-21.

14. Janssens, J.M.A.M, Ogen doen onderzoek. Een inleiding in de methoden van sociaal-wetenschappelijk onderzoek, Swets & Zeitlinger, 1995, pg 323.

15. Marasovic, C., Kenney, C., ea, A Comparison of Nursing Activities Associated with Manual and Automated Documentation in an Australian Intensive Care Unit, Computers in Nursing, 1997, 15:4, 205-211.

16. Myny, D., et al Determination of standard times of nursing activities based on a Nursing Minimum Dataset, Journal of Advanced Nursing, July 2009, 92 -102.

17. Oddone, E., Weinberger, M., ea, Measuring activities in clinical trials using random work sampling: implications for cost-effectiveness analysis and measurement of the intervention, J Clin Epidemiol, 1995, 48:8, 1011-1018.

18. Pelletier, D.en Duffield, C., Work sampling : Valuable methodology to define nursing practice patterns, Nursing and Health Sciences, 2003, 5, 31-38.

19. Raynes, N.V., Winny, J. en Mulgrew, K., What Do Social Workers Do? A Method for Classifying Social Workers' Activities, The Britisch Association of Social Workers, 1982, 12, 353-362.

20. Storfjell, J.L., Allen, C.E en Easley, C.E, Analysis and Management of Home Health Nursing Caseloads and Workloads, Journal of Nursing Administration, September 1997, 27:9, 24-33.

21. Theuns,P., Schaleren, aanvulling bij persoonlijke klasnota's academiejaar 1999-2000, VUB, faculteit voor psychologie en opvoedkunde.

22. Urden,L.D. en Roode,J.L., Work sampling: a decision-making tool for determining resources and work redesign. J Nurs Admin, 1997, 27, 34-41.

23. Sermeus, W., Registratie van minimale verpleegkundige gegevens in de Belgische ziekenhuizen. Van concept tot implementatie. Acco, 2007, pg 162.

24. Swanborn, P.G., Methoden van sociaal-wetenschappelijk onderzoek. Boom Meppel, 2005, pg 436.

25. Van Breukelen, G.J.P. en Berger, M.P.F., Meetinstrumenten. Hoe te komen tot een gewogen totaalscore van afzonderlijke scores op een vragenlijst, Universiteit Maastricht, capaciteitsgroep Methodologie en Statistiek, 2000, 49-53.

Handleiding clusteractiviteiten

1. de Mönnink H., De gereedschapskist van de maatschappelijk werker. Handboek Multimethodisch Maatschappelijk Werk, Elsevier, 2004, pg 464.

2. Goudriaan, I. en Labaaij, L., De medisch-maatschappelijk werker in het algemeen ziekenhuis. Een praktijkstudie naar de functie-uitvoering van medisch maatschappelijk werkers en waardering daarvan door patiënten. Trimbos instituut, 1999, pg 72.

3. Holstvoogd R., Maatschappelijk werk in kerntaken. Een nieuw profiel van de beroepspraktijk, Bohn Stafleu van Loghum, 2006, pg 265.

4. Jagt N., Nederlandse Vereniging van Maatschappelijk werkers, Beroepsprofiel van de maatschappelijk werker, Anraad, 2006, pg 100.

5. Snellen A., Basismodel voor methodisch hulpverlenen in het maatschappelijk werk: Een ecliectisch-integratieve aanpak, Bussum: Coutinho, 2007, pg 416.

6. van Riet N. en Mineur M.J., Maatschappelijk werk in de (intramurale) gezondheidszorg, Van Gorcum, 1997, pg 101.

7. van Riet N. en Wouters H., Casemanagement. Een leer-werkboek over de organisatie en coördinatie van zorg-, hulp- en dienstverlening, Van Gorcum, 2007, pg 154.

8. Verzelen W., Sociaal werk: In- en uitzichten, Garant, 2005

9. Vlaeminck H., Malfliet W. en Saelens S., Social Casework in de 21e eeuw. Een praktisch handboek voor kwaliteitsvol hulpverlenen, Kluwer, 2002, pg 254.

CHAPITRE 8: ANNEXES

ANNEXE 1

DESCRIPTION DU PERSONNEL ATTACHÉ À CETTE MISSION AVEC FORMATION, TYPE DE CONTRAT, ANCIENNETÉ, QUALIFICATIONS PERTINENTES

Erasme Bruxelles:

Véronique VAN BEVER, coordinatrice de la partie francophone du pays

- Diplômée assistante sociale en 1983
- Formation complémentaire en service social psychiatrique et santé mentale
- engagée à l'Hôpital Erasme depuis le 1/8/1984
- a participé activement à l'étude de 1997 sur le service social hospitalier
- a travaillé dans différentes unités de soins et a donc une vision élargie du travail social hospitalier

Tamara PATERNOSTRE, collaboratrice du projet pour la partie francophone du pays

- diplômée assistante sociale en 2001
- engagée à l'Hôpital Erasme en 2001 pour le service social de psychiatrie.

Coordinateur et collaborateur du projet à l'UZ Gent:

Griet DE BODT, coordinatrice de la partie néerlandophone du pays

- Études supérieures: infirmière graduée, option sciences sociales (1998-2001) et médicosociales, option gestion et politique dans les établissements de soins (2001-2004)
- Formations pratiques et théoriques pertinentes complémentaires: techniques de réunion, dactylographie, perfectionnement Excel, introduction à Access, formation de la gestion des sorties dans les hôpitaux généraux et psychiatriques KUL: Centrum voor ziekenhuis en verplegingswetenschap
- Travaille depuis octobre 2004 à l'UZ Gent comme infirmière sociale (oncologie pédiatrique et traumatologie), depuis janvier 2005 comme infirmière sociale dans le service oncologie pédiatrique et coordinatrice de la gestion des sorties. Depuis novembre 2007, opère comme cadre (coordinatrice des sorties) au service social des patients
- Implication active et coordination des différents projets internes et externes
- Contrat: statutaire durée indéterminée

Isabel Vantwembeke, collaboratrice du projet pour la partie néerlandophone du pays

- Convention: statutaire à durée indéterminée
- Travaille depuis avril 2009 à l'UZ Gent (ancienneté: 1 an)
- Formation: Bachelor dans le travail social - Master dans le travail social

ANNEXE 2

APERCU DE L'INVENTAIRE DES ACTIVITÉS DU TRAVAIL SOCIAL

Une cartographie du travail social
le travail social
Les activités liées aux patients
L'aide psychosociale
Vécu de la maladie et de l'invalidité (pour le patient et sa famille)
Accompagnement du patient (et de son entourage)à l'admission
Discussion sur les conséquences et le vécu des changements de perspectives de vie pour le patient et son entourage
Offrir la possibilité de discussion et de communication avec le partenaire, les enfants et l'entourage sur les problèmes de relations et de communication en général
Aider le patient et/ou sa famille (et/ou les parents d'enfants) à se préparer, émotionellement, à la sortie de l'hôpital (avec une attention spéciale pour la réintégration dans la vie sociale)+éventuellement réorientation
Entretien et intervention en cas de crise
Après le décès d'un patient, inviter sa famille à un entretien d'accompagnement (et éventuellement l'organiser)
Accompagnement et soutien psychosocial des patients et de leur famille dans les différentes phases du traitement de leur maladie (admission-séjour-sortie)
Entretien sur l'acceptation de la maladie et ses conséquences (écoute, changements de rôles, situation à domicile)
Orientation et accompagnement en soins palliatifs
Motiver au suivi d'une thérapie
Un suivi psychosocial (patient, famille, enfant,…)après la sortie
Les entretiens en famille
Soutien, motivation et information dans les décisions prises par le patient et son entourage
Suivi des parents lors des hospitalisation de longue durée
Au cours de la grossesse, de se préparer à la vie avec un enfant
Evaluer la capacité des parents
Accueil et suivi du patient et/ou de sa famille après une mauvaise nouvelle
Accompagnement des patients dans les étapes de pertes
Accompagnement lors du deuil
Les soins de santé préventifs (des informations et des conseils pour éviter les situations problématiques)
Médiation et traitement de situations à problèmes
Suivi des grossesses d'adolescentes
information
réorienter
l'application effective
suivi
aide aux personnes ayant des problèmes de toxicomanie
information
réorienter

l'application effective
suivi
Recherche et reporting
anamnèse sociale
grille d'amamnèse standart
visite à domicile
préparer et de gérer des fichiers
Prévention, sensiblilsation et prise en compte
sensibiliser d'autres disciplines
sensibiliser le patient et son environnement (ex: aux habitudes hospitalières)
fonction de pont interne et externe (patient, entourage et aide à domicile)
vue d'hélicoptère (regard indépendant sur une situation)
sensibiliser d'autres disciplines sur la différence entre les soins hospitaliers et à domicile (utilisation du matériel médical, médicaments non ou peu remboursables, impossibilités ou limites de certains soins…)
Fonction de signalement
signaler les lacunes…
au service juridique de la mutuelle et de la ligue contre le cancer
fonction d'ombudsman
Avis et conseils
des conseils à d'autres disciplines
des conseils en externe
Enregistrement des activités
Sécurité sociale
Dispenser des informations sociales aux indépendants
information
réorienter
l'application effective
suivi
Prime de naissance et d'adoption
information
réorienter
l'application effective
suivi
Allocations familiales (normales et garanties)
information
réorienter
l'application effective
suivi
Allocation de naissance (via mutuelle, commune…)
information
réorienter
l'application effective
suivi
Déclaration de naissance
information
réorienter
l'application effective
suivi

Prestations de chomâge ou allocations d'attente
information
réorienter
l'application effective
suivi
Congé d'allaitement
information
réorienter
l'application effective
suivi
Congé de paternité (+congé de maternité)
information
réorienter
l'application effective
suivi
Pension (ex: de survie, de vieillesse,…)
information
réorienter
l'application effective
suivi
Fonction publique (disponibilité)
information
réorienter
l'application effective
suivi
Le congé parental
information
réorienter
l'application effective
suivi
Prestations d'incapacité de travail, d'invalidité (AMI) et déclaration de la maladie
information
réorienter
l'application effective
suivi
La protection de la maternité et le congé de maternité (et prolongation en cas d'hospitalisation du bébé)
information
réorienter
l'application effective
suivi
Mutualité
Tiers payant/tarif mutuelle
information
réorienter
l'application effective
suivi
Intervention majorée (via mutuelle)
information
réorienter
l'application effective
suivi
Forfait pour les malades chroniques

information
réorienter
l'application effective
suivi

Aide tierce personne via la mutuelle

information
réorienter
l'application effective
suivi

Statut omnio

information
réorienter
l'application effective
suivi

Assurance dépendance (communauté flamande)

information
réorienter
l'application effective
suivi

Maximum à facturer

information
réorienter
l'application effective
suivi

Fonds spécial de solidarité

information
réoreinter
l'application effective
suivi

Pathologie lourde, kiné à domicile

information
réorienter
l'application effective
suivi

Fourniture de perruque

information
réorienter
l'application effective
suivi

Alimentation par sonde

information
réorienter
l'application effective
suivi

Nutrition parentérale

information
réorienter
l'application effective
suivi

Forfait incontinence

information
réorienter
l'application effective

suivi

Forfait soins palliatifs

information
réorienter
l'application effective
suivi

Intervention dans les frais de transport

information
réorienter
l'application effective
suivi

Intervention dans les frais de matériel de sondage

information
réorienter
l'application effective
suivi

autres avantages (ex: prothèses dentaires, lunettes, ..)

information
réorienter
l'application effective
suivi

Autres problèmes liés à l'assurance maladie (E111,E112 , erreurs de facturation, attestation de médicaments…)

information
réorienter
l'application effective
suivi

SPF Sécurité sociale

Exonérations et réductions

Réduction des impôts sur les revenus

information
réorienter
l'application effective
suivi

Réduction du précompte immobilier

information
réorienter
l'application effective
suivi

Exemption de la taxes sur les eaux usées

information
réorienter
l'application effective
suivi

Carte de parking pour handicapés

information
réorienter
l'application effective
suivi

Ceinture de sécurité

information
réorienter

l'application effective
suivi
Réduction de la taxe tv
information
référer
l'application effective
suivi
Tarif téléphonique social
information
réorienter
l'application effective
suivi
TVA et taxe sur les véhicules
information
réorienter
l'application effective
suivi
De Lijn/Stib/Sncb
information
réorienter
l'application effective
suivi
Réduction eau, gaz, électricité
information
réorienter
l'application effective
suivi
% de handicap fixé par le SPF
information
réorienter
l'application effective
suivi
Allocation d'intégration, de remplacement de revenus, d'aide aux personnes âgées
information
réorienter
l'application effective
suivi
Allocations familiales majorées
information
réorienter
l'application effective
suivi
Awhip
information
réorienter
l'application effective
suivi
Assurabilité
Assurance hospitalisation
information
réorienter
l'application effective
suivi

Sécurité sociale étrangère
information
réorienter
l'application effective
suivi
Problèmes d'assurabilité
information
réorienter
l'application effective
suivi
Patients avec une assurance étrangère
information
réorienter
l'application effective
suivi
Assistance administrative et financière à l'hôpital
Carte de stationnement propre à l'hôpital
information
réorienter
l'application effective
suivi
Paiement des factures à l'hôpital
information
réorienter
l'application effective
suivi
Autres (arrangement mariage à l'hôpital, versement des pensions…)
information
réorienter
l'application effective
suivi
Autre soutien administratif et financier
Fédéral
Demande de prise en charge de frais médicaux à Fédasil (hospitalisation, ambulatoire, médicaments…)
information
réorienter
l'application effective
suivi
Communauté Flamande/Française
Prime d'incitation
information
réorienter
l'application effective
suivi
Provincial
Primes provinciales
information
réorienter
l'application effective
suivi

Commune
Primes communales
information
réorienter
l'application effective
suivi
RIS via CPAS
information
réorienter
l'application effective
suivi
Placement via le CPAS
information
réorienter
l'application effective
suivi
Demande de prise en charge partielle ou totale (coût exceptionnel ou/et de traitement)
information
réorienter
l'application effective
suivi
Aide en cas de refus de prise en charge
information
réorienter
l'application effective
suivi
Demande de prise en charge CPAS
information
réorienter
l'application effective
suivi
Guidance budgétaire/accompagnement
information
réorienter
l'application effective
suivi
Médiation de dettes
information
réorienter
l'application effective
suivi
Autres services (prime d'installation, de déménagement, …)
information
réorienter
l'application effective
suivi
Centre d'accueil et/ou initiative d'accueil locale
information
réorienter
l'application effective
suivi

Autres
les interventions financières par le biais de la fondation ou l'association de certains groupes de pathologie (VLK, muco, diabète, brûlures, ...)
information
réorienter
l'application effective
suivi
Autres interventions financières (via rotary ou autres associations)
information
réorienter
l'application effective
suivi
Organisation caritative
information
réorienter
l'application effective
suivi
Coordination des soins/
Les possibilités de supervisions
participation à des tours multidisciplinaires
participation à une équipe de supervision externe
discussion interne avec une collègue
discussion interne avec une collègue d'une autre discipline
discussion avec des intervenants extérieurs
consultation préopératoire afin d'optimiser le processus de sortie
réunion pluridisciplinaire et familiale pour préparer la sortie
Soins à domicile
Outils (lit, les béquilles, l'oxygène, le système de notation, l'incontinence, ...)
information
réorienter
l'application effective
suivi
Soins infirmiers à domicile
information
réorienter
l'application effective
suivi
Aide familiale et aide senior
information
réorienter
l'application effective
suivi
Service de nettoyage
information
réorienter
l'application effective
suivi
Repas sur roues (via mutuelle, cpas, privé..)
information
réorienter

l'application effective
suivi
Service de prévention, de quartier
information
réorienter
l'application effective
suivi
Centre de jour
information
réorienter
l'application effective
suivi
Centre de contacts, AA, ….
information
réorienter
l'application effective
suivi
Soins psychiatriques à domicile
information
réorienter
l'application effective
suivi
Soins palliatifs à domicile
information
réorienter
l'application effective
suivi
Maison médicale, paramédicaux, médecins traitants,….
information
réorienter
l'application effective
suivi
Service de soins à domicile dans les pays limitrophes
information
réorienter
l'application effective
suivi
Ale, services de rénovation,…
information
réorienter
l'application effective
suivi
Temps libre (hobbys, ludothèque..)
information
réorienter
l'application effective
suivi
Soins en résidence
services de psycho-gériatrie
information
réorienter
l'application effective
suivi

Services résidentiels de santé mentale (en hôpital général, en maison de repos,…)
information
réorienter
l'application effective
suivi
Convalescence
information
réorienter
l'application effective
suivi
MR, MRS, Flat service
information
réorienter
l'application effective
suivi
Court séjour
information
réorienter
l'application effective
suivi
Centre de revalidation
information
réorienter
l'application effective
suivi
Sp
information
réorienter
l'application effective
suivi
Autres hôpitaux (non psychiatrique)
information
réorienter
l'application effective
suivi
Centres d'accueil pour les sans abris (accueil de crise, centre d'accueil…)
information
réorienter
l'application effective
suivi
Accueil de nuit
information
réorienter
l'application effective
suivi
Mise en place d'une structure d'accueil palliative (unité, centre de jour)
information
réorienter
l'application effective
suivi
Logement

Logements sociaux (ex: loyer)
information
réorienter
l'application effective
suivi
Maison insalubre
information
réorienter
l'application effective
suivi
Emploi
Interruption de carrière pour assistance médicale
information
réorienter
l'application effective
suivi
Congé palliatif
information
réorienter
l'application effective
suivi
Congé social/absence au travail
information
réorienter
l'application effective
suivi
Crédit temps
information
réorienter
l'application effective
suivi
Accompagnement à la naissance/au décès
Réglementation décès
information
réorienter
l'application effective
suivi
Soutien des patients étrangers
Rapatriement
information
réorienter
l'application effective
suivi
Médiateur interculturel et interprètes
information
réorienter
l'application effective
suivi
Aide pour permis de séjour/visa/procédure de visa touristique
information
réorienter
l'application effective

suivi
Service d'intégration urbaine
information
réorienter
l'application effective
suivi
Hospitalisation de longue durée de patients non résidents
information
réorienter
l'application effective
suivi
Maladies professionnelles et accidents de travail
Maladies professionnelles
information
réorienter
l'application effective
suivi
Accidents de travail/droit commun
information
réorienter
l'application effective
suivi
Autres aides
Veiller au logement de la famille
information
réorienter
l'application effective
suivi
Aide aux moyens de subsistance (vêtements)/recherche objets perdus/argent (appui matériel et financier)
information
réorienter
l'application effective
suivi
Prise en charge animaux domestiques
information
réorienter
l'application effective
suivi
Colis alimentaire
information
réorienter
l'application effective
suivi
Organisation pratique de la famille autour de l'hospitalisation du parent/enfant.
information
réorienter
l'application effective
suivi
Information et conseil concernant le cancer (distribution de brochures…)

information
réorienter
l'application effective
suivi

Organiser le transport lors de la sortie de l'hôpital

information
réorienter
l'application effective
suivi

Information, aide et collaboration au niveau de la carte sociale

Enfants et famille

Accompagnement ambulatoire pour enfants et famille (accueil résidentiel de jour, de nuit, aide pédagogique à domicile,...)...

information
réorienter
l'application effective
suivi

Soutien à la famille (One,...)

information
réorienter
l'application effective
suivi

Accueil d'enfants (crèches, parents d'accueil,...)

information
réorienter
l'application effective
suivi

Services d'adoption

information
réorienter
l'application effective
suivi

Enseignement (association de parents,....)

information
réorienter
l'application effective
suivi

Prise en charge des enfants avec maladies chroniques (.ex: zeepréventorium,..).

information
réorienter
l'application effective
suivi

Services de pédopsychiatrie

information
réorienter
l'application effective
suivi

Aide à la jeunesse spécifique

Comités d'aide à la jeunesse, comité de médiation

information
réorienter

l'application effective
suivi
Accompagnement ambulatoire aide à la jeunesse (service sos enfants,..)
information
réorienter
l'application effective
suivi
Aide à la jeunesse résidentiel (centre d'observation…)
information
réorienter
l'application effective
suivi
Personnes handicapées
Centres de diagnostic général et traitement
information
réorienter
l'application effective
suivi
Accompagnement ambulatoire (revalidation, Cara…)
information
réorienter
l'application effective
suivi
Logement pour les personnes handicapées (Awhip, ...)
information
réorienter
l'application effective
suivi
Aide juridique et droit
Assistance et conseil juridique (boutiques de droit,..)
information
réorienter
l'application effective
suivi
Assistance judiciaire (service d'aide aux victimes…)
information
réorienter
l'application effective
suivi
La justice et des tribunaux (tribunal pour mineurs, tribunaux du travail, ...)
information
réorienter
l'application effective
suivi
Administrateur provisoire de biens
information
réorienter
l'application effective
suivi
Police
information
réorienter

l'application effective
suivi
La santé mentale
Services ambulatoires de santé mentale
information
réorienter
l'application effective
suivi
Services sociaux généraux
Service social (ex:du cpas, de la commune,..)
information
réorienter
l'application effective
suivi
Télé service, centre de service social,..
information
réorienter
l'application effective
suivi
Associations liées aux pathologies, fondations
information
réorienter
l'application effective
suivi
Volontariat
information
réorienter
l'application effective
suivi
Groupes de self help
information
réorienter
l'application effective
suivi
Services communaux (.ex: population, info,…)
information
réorienter
l'application effective
suivi
La formation, le chômage et la mise au travail
Employeurs et services de personnel
information
réorienter
l'application effective
suivi
Onem, Actiris
information
réorienter
l'application effective
suivi
Syndicats
information

réorienter
l'application effective
suivi
Service de mise au travail pour les handicapés
information
réorienter
l'application effective
suivi
Activités non liées aux patients
structure de concertation
discussion entre collègues
discussion entre collègues de différents services
groupe de travail interne
groupe de travail externe
concertation, intervision
Formation
créer et fournir des stages
participation à la formation d'étudiants assistants sociaux
interne
externe
réferant
sensibilation de l'activité au grand public
interne
externe
organiser la formation à d'autres intervenants sociaux
interne
externe
La formation de nouveaux collègues
Rechercher
participation
création
préparation de réunions, recherche info
Publications
La coopération et la mise en réseau
Souci des collaborateurs
soutien des collègues

ANNEXE 3

LETTRE ET TALON D'INSCRIPTION DES HOPITAUX PARTICIPANTS

bedrijfsondersteunende departementen

Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

DEPARTEMENT FINANCIEN

SOCIALE DIENST PATIENTEN

Afz: departement financiën - sociale dienst patienten

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Griet De Bodt	+32 (0)9 332 54 48	+32 (0)9 332 38 45	griet.debodt@uzgent.be

UW KENMERK	ONS KENMERK	DATUM	BIJLAGE
		31 maart 2008	

BETREFT
Oproep tot algemene ziekenhuizen voor medewerking onderzoek

Geachte mevrouw,

Geachte heer,

Vanuit de sociale diensten van de universitaire ziekenhuizen (UZ Antwerpen, UZ Brussel, UZ Gent en UZ Leuven) werd de nood ervaren om zicht te krijgen op het huidig en gewenst takenpakket van de sociaal werkers. Hiernaast bleek een onderzoek naar het bepalen van objectieve parameters om de allocatie van sociaal werkers binnen de sociale dienst van het ziekenhuis op een juiste manier te laten gebeuren, aangewezen.

Zowel sociaal werkers als leidinggevenden ervaren een nood om binnen de complexe context van sociaal werk duidelijk omschreven criteria omtrent de toewijzingsproblematiek te gaan bepalen. De aanwezigheid van objectieve meetbare data wordt meer en meer essentieel binnen de context van het ziekenhuis. Tot op vandaag ontbreekt ook vanuit de overheid een duidelijke visie op en erkenning van sociaal werk in het ziekenhuis.

Deze argumenten, naast de noodzaak een kwalitatieve dienstverlening te willen aanbieden, brachten ons tot het initiatief een onderzoek op te starten.

Met dit schrijven hadden wij u graag hiervan op de hoogte gebracht en wensen wij eveneens graag uw medewerking te vragen.

Hieronder zal kort het onderzoeksdesign en de verwachtingen naar u en uw organisatie geschetst worden.

Het effectieve onderzoek (= bepalen van objectieve parameters voor de toewijzing van sociaal werkers) wordt uitgevoerd in de 4 universitaire ziekenhuizen:

1. De activiteiten van de sociaal werkers worden in kaart gebracht (in 2008)
2. De activiteiten worden gegroepeerd onder logische noemers. Het beperkt aantal clusteractiviteiten dient een goede weergave te zijn van de taakinhoud van de sociaal werker en zal verder gebruikt worden in de volgende fasen van het onderzoek (voorjaar 2009).
3. Bepalen van de belangrijkheid van de clusteractiviteiten (= gewenste situatie) (najaar 2009).
4. Bepalen van de frequentie en de duur van de clusteractiviteiten (2010).

Andere determinerende factoren op sociaal werk die de complexiteit van de oefening bepalen (oa het universitair karakter, de diversiteit in patiëntenpopulatie, verwachtingen van afdelingen, patiënten en familie en derden, maatschappelijke evoluties,…) zullen in een latere fase in kaart gebracht worden.

Elektronische bevraging bij elke stap in het onderzoek (toetsingsgroep):

Gezien wij de (h)erkenning van het onderzoek binnen de sector enorm belangrijk vinden werd vooropgesteld een toetsingsgroep voor de resultaten te voorzien. Hiervoor opteerden wij uit te gaan van de lijst met erkende ziekenhuizen (74) in Vlaanderen opgesteld door het Informatiesteunpunt Zorg en Gezondheid (gebaseerd op gegevens dd 26/09/2008). Deze ziekenhuizen zullen door ons systematisch worden aangeschreven. Gezien uw ziekenhuis hier eveneens deel van uitmaakt hadden wij graag uw vrijwillige deelname bekomen.

Concreet betekent deelname dat u na elke stap in het onderzoek een vragenlijst ontvangt (4 à 5 vragenlijsten) en u een aantal vragen gesteld worden naar de herkenbaarheid van de resultaten bekomen in de universitaire ziekenhuizen.

Deze vragenlijsten dienen ingevuld te worden door de verantwoordelijke van de sociale dienst binnen uw organisatie. Uiteraard kan u hieromtrent steeds uw achterban raadplegen.

Met vriendelijke groeten

Griet De Bodt, stafmedewerker (ontslagcoördinator) sociale dienst patiënten UZ Gent

Patricia Fruyt, dienstverantwoordelijke sociale dienst patiënten UZ Gent

Lieve Vanderlinden, diensthoofd sociaal werk UZ Leuven

Miranda Van De Wiele, diensthoofd patiëntenbegeleiding UZ Antwerpen

Maurice Vilrokx, hoofdverpleegkundige sociaal verpleegkundigen UZ Brussel

Afz: departement financiën - sociale dienst patienten

Inschrijvingsstrook participerende ziekenhuizen

Indien u wenst mee te werken aan het onderzoek, gelieve dit document ingevuld terug te sturen of te faxen voor 12/12/2008 naar:

Universitair Ziekenhuis Gent
Sociale dienst patiënten
Tav Griet De Bodt
De Pintelaan 185
9000 Gent
Fax: 09/332.38.45

Naam van het ziekenhuis (+evt campi):

Naam van de verantwoordelijke sociale dienst (+evt apart per campus):

Functie:

Telefoonnummer:
E-mail:

Met vriendelijke groeten
Griet De Bodt
Stafmedewerker (ontslagcoördinator) sociale dienst patiënten UZ Gent

ANNEXE 4

CAS DE PATIENTS UTILISÉS LORS DE l'ÉVALUATION DU TRAVAILLEUR SOCIAL INDIVIDUEL

TEST 1

REGISTREER ALLE ACTIVITEITEN VAN DE SOCIAAL WERKER DIE IN DE VERSCHILLENDE CASUSSEN **WORDEN BESCHREVEN**!!! NIET HETGEEN JE DENKT DAT ZOU MOETEN GEBEUREN!!!!

JE KRIJGT EEN REGISTRATIEDOCUMENT WAAR JE PER CASUS DE ACTIVITEITEN AANDUIDT. VERGEET ZEKER JE NAAM NIET TE NOTEREN OP HET REGISTRATIEDOCUMENT IN DE VOORZIENE KADER

Tip: Maak eerst uit binnen welke kerntaak de beschrijving zich situeert. Indien je dit weet, kan je vanuit deze kerntaak de juiste activiteit aanduiden.

NOTEER DE NUMMERS VAN DE ACTIVITEITEN OP HET REGISTRATIEDOCUMENT. DEZE ZIJN VERMELD IN DE CASUSSEN!!!!

CASUS 1

De sociaal werker geeft informatie over de stand van zaken van de aanvraag tot opname in een revalidatiecentrum aan de arts van de afdeling. (1) (2)

De sociaal werker laat het opnameformulier invullen door de betrokken arts, verpleegkundige en kinesitherapeut. (3)

Het opnameformulier wordt door de sociaal werker doorgefaxt naar het revalidatiecentrum.(4)

Zij faxt eveneens een extra sociaal verslag door met sociale context en eigen bevindingen. (5)

De arts vermeldt tijdens ditzelfde telefonisch onderhoud dat er geen medische indicatie meer is om de patiënt langer in het ziekenhuis te houden en dringt aan op een snelle oplossing. De sociaal werker tracht uit te leggen dat een overname op dit ogenblik niet evident is maar ze haar uiterste best doet om de continuïteit van zorg te kunnen garanderen. De sociaal werker geeft mee dat er door haar

opnieuw contact zal opgenomen worden met het desbetreffende revalidatiecentrum om te bemiddelen om tot een spoedige opname over te gaan. (6)

Er vond een gesprek met familie en patiënt plaats met betrekking tot een mogelijke terugkeer naar huis. Tijdens dit overleg werden door de sociaal werker de verschillende alternatieven (hersteloord, revalidatie, kortverblijf,…), de mogelijkheden en beperkingen van de patiënt, de huidige moeilijkheden mbt mobiliteit, …naarvoor gebracht. Ook de pro's en contra's van de verschillende instellingen/ organisaties werden op een rijtje gezet. Na een aantal gesprekken kwam de patiënt en familie tot inzicht dat een terugkeer naar huis niet meer mogelijk was. Zij gingen akkoord met een opname in een revalidatiecentrum in de buurt van de woonplaats van de patiënt. (7) (8)

De sociaal werker rapporteert de ondernomen stappen in het sociaal dossier. (9)

De volgende dag belt de sociaal werker van het revalidatiecentrum met de bevestiging dat de patiënt volgende week maandag kan opgenomen worden. Onderling worden afspraken mbt deze opname gemaakt (uur van aankomst, noodzakelijke documenten,…). (10)

De sociaal werker brengt de familie op de hoogte van de ontslagdatum en vraagt bevestiging of zij kunnen instaan voor het vervoer. De familie wenst het vervoer zelf op te nemen. (11) (12)

De sociaal werker registreert de bovenstaande activiteiten. (13)

CASUS 2

Tijdens het interdisciplinair overleg op intensieve zorgen wordt de sociaal werker gevraagd om een sociaal onderzoek te doen naar de context van patiënte X. (1) (2)

Zij is sinds 1 week opgenomen na een verkeersongeval en wordt in een kunstmatige coma gehouden. Tijdens het bezoekuur kwamen haar minderjarige dochters (10 en 14 jaar) reeds twee maal op bezoek zonder begeleiding van familie of andere derden. De kinderen zien er onverzorgd en erg aangeslagen uit. De sociaal werker besluit de kinderen te beluisteren en neemt hen apart voor een verkennend en ondersteunend gesprek. (3)

(context) Volgens de kinderen werkt de partner van hun moeder in een ploegensysteem waarbij er ook vele nachtshiften dienen opgenomen te worden. De partner verwacht dat de oudste dochter instaat voor de huishoudelijke taken en de opvang van haar jongere zus. Het meisje zegt bang te zijn om haar grootouders te verwittigen gezien het contact met het gezin reeds geruime tijd moeilijk verloopt. De oudste dochter gaat ook reeds 3 dagen niet meer naar school.

Na deze eerste evaluatie van de gezinscontext meent de sociaal werker dat contactname met de partner aangewezen is. Zij wenst meer informatie te verzamelen en een volledig zicht te krijgen op de psychosociale context van het gezin. Zij neemt contact op met de partner van de patiënte en maakt een afspraak met hem om nog diezelfde dag langs te komen. Deze verschijnt echter niet op de afspraak. (4)

Daarom besluit de sociaal werker contact op te nemen met de huisarts en verneemt vervolgens dat het om een gekende problematische opvoedingssituatie gaat. Volgens de huisarts heeft de partner een ernstig alcoholprobleem en wordt het gezin gevolgd vanuit het Comité Bijzondere Jeugdzorg. (5)

Gezien de sociaal werker een volledig beeld tracht te krijgen op de gezinssituatie en graag ook informatie had bekomen rond de relatie met de grootouders, neemt de sociaal werker contact op met het Comité. (6)

(context) In afwachting van de dringende regelingen omtrent de opvang en bescherming van de minderjarige kinderen verneemt de sociaal werker eveneens dat de patiënte met financiële en administratieve problemen kampt.

De sociaal werker onderneemt hiervoor volgende acties:
Zij neemt contact op met het ziekenfonds gezien de verzekerbaarheid niet meer in regel is en overlegt met de sociaal werk ervan het ziekenfonds. (7)

Zij contacteert haar collega sociaal werker binnen het bevoegde OCMW met betrekking tot een aanvraag ten laste name die de sociaal werker diezelfde dag doorstuurde en bespreekt met de sociaal werker van het OCMW de situatie en mogelijkheden. (8) (9)

TEST 2

REGISTREER ALLE ACTIVITEITEN VAN DE SOCIAAL WERKER DIE IN DE VERSCHILLENDE CASUSSEN **WORDEN BESCHREVEN**!!! NIET HETGEEN JE DENKT DAT ZOU MOETEN GEBEUREN!!!!

JE KRIJGT EEN REGISTRATIEDOCUMENT WAAR JE PER CASUS DE ACTIVITEITEN AANDUIDT. VERGEET ZEKER JE NAAM NIET TE NOTEREN OP HET REGISTRATIEDOCUMENT IN DE VOORZIENE KADER

Tip: Maak eerst uit binnen welke kerntaak de beschrijving zich situeert. Indien je dit weet, kan je vanuit deze kerntaak de juiste activiteit aanduiden.

NOTEER DE NUMMERS VAN DE ACTIVITEITEN OP HET REGISTRATIEDOCUMENT. DEZE ZIJN VERMELD IN DE CASUSSEN!!!!

CASUS 1

(context) Gustaaf is 75 jaar en wordt met spoed opgenomen in het ziekenhuis nadat hij onwel werd tijdens het klussen. Hij verloor hierbij even het bewustzijn en ervaart ernstige pijnen. De urgentiearts contacteert de sociaal werker met de vraag voor crisisopvang van de familie die onderweg is naar het ziekenhuis.

Tijdens het telefonisch onderhoud informeert de arts de sociaal werker over de gekende medische toestand van de patiënt. Hij ondergaat reeds geruime tijd een oncologische behandeling. Sedert vorige opname op de oncologische afdeling is de patiënt sterk achteruit gegaan. Het toekomstperspectief blijkt erg onzeker en de patiënt evolueert naar een palliatieve fase. (1)

In afwachting van de komst van de familie consulteert de sociaal werker het patiëntdossier.(2)

De sociaal werker luistert naar de gebeurtenissen en indrukken van de sterk geëmotioneerde man en tracht een steun te zijn voor hem. (3)

Na het gesprek met Gustaaf overlegt de sociaal werker met de arts en zij spreken de verdere planning en aanpak af met betrekking tot contactname en het geven van informatie naar de familie toe. (4)

Bij aankomst van de echtgenote en hun 2 volwassen kinderen staan de sociaal werker en de behandelend arts in voor een ondersteunend gesprek. Een verdere curatieve behandeling is niet meer mogelijk. (5)

Vervolgens vraagt de sociaal werker de familie meer informatie omtrent de thuissituatie en de emotionele toestand van de patiënt. (6)

De patiënt wordt opgenomen op de afdeling oncologie. (context)

De sociaal werker rapporteert haar tussenkomsten in het patiëntendossier en geeft aansluitend mondelinge overdracht aan de collega sociaal werker (oncologie). (7) (8)

De volgende dag besluit de sociaal werker verbonden aan de afdeling oncologie langs te gaan bij de patiënt. Zij treft een nog steeds geëmotioneerde patiënt aan op de kamer en verneemt zijn wens om zo snel mogelijk met goede zorgen naar huis te kunnen terugkeren. De patiënt beseft dat de kinderen zich veel zorgen maken maar hem liever in het ziekenhuis zien blijven. De sociaal werker geeft de patiënt de ruimte om zijn verhaal te doen en tracht de achterliggende gevoelens te achterhalen. (9)

Op vraag en in het belang van de patiënt bespreekt de sociaal werker de wens van de patiënt om terug te keren naar huis met de familie. (10)

(context) Na grondig overleg tussen de verschillende familieleden beslissen ze dat de wens van Gustaaf dient gerespecteerd te worden.

Nog diezelfde dag regelt de sociaal werker de nodige ondersteuning thuis. Zij contacteert de thuiszorgwinkel en vraagt de nodige hulpmiddelen aan. (11)

De sociaal werker heeft een telefonisch onderhoud met de thuisverpleegkundige Maria omtrent de huidige toestand van de patiënt en de noodzakelijk zorgen. De sociaal werker vraagt of Maria

onmiddellijk kan langsgaan bij de thuiskomst van de patiënt. De exacte datum en uur worden afgesproken. (12) (13)

Hiernaast schakelt de sociaal werker ook palliatieve thuiszorg in voor de specifieke begeleiding (cfr pijnen). (14)

De echtgenote vraagt hulp aan de sociaal werker bij het invullen van de documenten voor de aanvraag van de palliatieve thuiszorgpremie. De sociaal werker ondersteunt haar bij het invullen en geeft informatie over het verdere verloop van de aanvraag en de te verwachten tussenkomst. (15) (16)

(context) Een week na het ontslag van de patiënt uit het ziekenhuis neemt een van de kinderen opnieuw contact op met de sociaal werker. Zij vertelt dat haar vader blij is in zijn vertrouwde omgeving te zijn. Zij zou echter het liefst dicht bij haar vader zijn maar gezien de werkverplichtingen blijkt deze opdracht onmogelijk.

De sociaal werker informeert de dochter over de mogelijkheid tot aanvragen van palliatief verlof. (17)

(context) Hiernaast geeft de dochter aan dat haar vader een testament wil opmaken.

De sociaal werker verwijst de dochter door naar een notaris en geeft aantal contactgegevens door. (18)

CASUS 2

(context) De pediater contacteert de sociaal werker met betrekking volgende problematiek.
Sinds vorige week werd een Chinese jongen van 11 jaar opgenomen op de afdeling met symptomen als spierslapte en enorme eetlust. Men vermoedt dat de jongen lijdt aan het Prader-Willi syndroom. Dit is een zeldzame aandoening gekenmerkt door ontwikkelingsproblemen, obesitas en een verhoogd risico op psychiatrische aandoeningen. De arts maakt zich enerzijds zorgen over de thuissituatie en anderzijds vraagt zij zich af of het gezin financieel in de mogelijkheid is om de facturen te betalen. De arts vertelt dat de vader morgen om 15u zal langskomen voor deze bespreking.

De sociaal werker onderneemt volgende acties (tijdens en in navolging van het gesprek):

- Zij verkent de situatie. (1)
- Zij informeert de vader over mogelijke ondersteuning in de thuissituatie. (2)
- De sociaal werker geeft het advies zo vlug mogelijk de hospitalisatieverzekering op de hoogte te brengen (3)
- Zij geeft informatie over en ondersteunt de administratieve aanvraag van de verhoogde kinderbijslag (4) (5)
- De sociaal werker verzamelt informatie omtrent de financiële inkomsten en de uitgaven van het gezin. Op basis van deze informatie maakt zij een inschatting rond het toekennen van een intrestloze afbetaling. Uiteindelijk vult ze het noodzakelijk document in. (6) (7) (8)

Tenslotte rapporteert en registreert zij de bovenstaande acties. (9) (10)

ANNEXE 5

DOCUMENT D'ENREGISTREMENT

UTILISÉ LORS DE L'ÉVALUATION DU TRAVAILLEUR SOCIAL INDIVIDUEL

Oktober 2009

Testregistratie: ronde 2
Onderzoek activiteiten sociaal werk in het ziekenhuis

Naam sociaal werker:

		CASUS 1	CASUS 2
A	PATIËNTGEBONDEN ACTIVITEITEN		
A1	Psychosociale hulpverlening		
A1a	Ondersteunen		
A1b	Bemiddelen		
A1c	Begeleiden		
A1d	Behandelen		
A1e	Crisisinterventie		
A2	Onderzoek en rapportage		
A2a	Psychosociale anamnese en sociaal onderzoek		
A2b	Sociale verslaggeving		
A2c	Dossierbeheer		
A2d	Registratie van patiëntenactiviteiten		
A2e	Huisbezoek		
A3	Zorgcoördinatie		
A3a	Screening risicopatiënten		
A3b	Geven van informatie/ voorlichting en advies		
A3c	Bemiddelen		
A3d	Doorverwijzen naar andere instellingen		
A3e	Samenwerken ifv patiëntgebonden overleg		
A3f	Coördinatie van hulp-en dienstverlening		
A3g	Inschakelen sociaal netwerk		
A3h	Inschakelen andere hulp-en dienstverlening		
A3i	Administratieve ondersteuning		
A4	Concrete hulpverlening		
A4a	Materiële hulpverlening		
A4b	Sociaal administratieve hulpverlening		
A4bi	Geven van informatie/voorlichting/advies		
A4bii	Bemiddelen		
A4biii	Doorverwijzen naar andere instellingen		
A4biv	Samenwerken ifv patiëntgebonden overleg		
A4bv	Coördinatie van hulp- en dienstverlening		
A4bvi	Administratieve ondersteuning		
A4c	Financieel administratieve hulpverlening		
A4ci	Geven van informatie/voorlichting/advies		
A4cii	Bemiddelen		
A4ciii	Doorverwijzen naar andere instellingen		
A4civ	Samenwerken ifv patiëntgebonden overleg		

A4cv	Coördinatie van hulp-en dienstverlening		
A4cvi	Administratieve ondersteuning		
A4d	Juridisch administratieve hulpverlening		
A4di	Geven van informatie/voorlichting/advies		
A4dii	Bemiddelen		
A4diii	Doorverwijzen naar andere instellingen		
A4div	Samenwerken ifv patiëntgebonden overleg		
A4dv	Coördinatie van hulp-en dienstverlening		
A4dvi	Administratieve ondersteuning		
A5	Preventie		
A5a	Geven van informatie/voorlichting/advies		
A5b	Bemiddelen		
A5c	Doorverwijzing naar andere instellingen		
A5d	Samenwerken ifv patiëntgebonden overleg		
A6	Belangenbehartiging		
A6a	Behartigen van individuele belangen		
A6b	Behartigen van collectieve belangen		
A7	Signalering		
A7a	Interne signalering		
A7b	Externe signalering		
B	NIET PATIËNTGEBONDEN ACTIVITEITEN		
B1	Competentie ontwikkeling		
B1a	Deelname aan vorming		
B1b	Zelf geven van vorming		
B1c	Consulteren, adviseren en coachen van andere professionals		
B1d	Reflecteren over eigen handelen		
B1e	Plannen van competentieontwikkeling		
B1f	Bijdrage leveren aan de (praktijk)opleiding van studenten		
B2	Andere niet patiëntgebonden activiteiten		
B2a	Niet-patiëntgebonden overleg		
B2b	Bijdragen tot beleidsontwikkeling		
B2c	Profileren en verantwoorden eigen beroep en beroepshandelen		
B2d	Meewerken aan projecten of onderzoek		
B2e	Eigen tijd		
B2f	Verlof		
B2g	Verplaatsingen		
B2h	Organisatie – en dienstgebonden activiteiten		

ANNEXE 6

MODE D'EMPLOI

TÂCHES PRINCIPALES LIÉES AU TRAVAIL SOCIAL EN MILIEU HOSPITALIER

Vade-mecum des tâches principales liées au travail social en milieu hospitalier

I THÉORIE

A. ACTIVITÉS LIÉES AU PATIENT

1. Aide psychosociale

1.1 Définition

« L'aide psychosociale est un accompagnement qui vise essentiellement à influencer l'interaction entre la personne (image de soi, vécu subjectif, comportement et façon de penser) et l'entourage (modèles de relation et de communication). On entend par « influencer » le maintien, le soutien, la restauration, la correction, l'encouragement, le développement et la restructuration de l'interaction entre l'individu et son environnement » (Hilde Vlaeminck, Wim Malfliet et Saskia Saelens, 2002).

Dans le cadre de l'aide psychosociale, le travail social attire l'attention sur l'interaction entre les composantes psychiques et les composantes sociales qui ont une influence sur le fonctionnement humain (problèmes de nature diverse qui nuisent au bien-être véritable du patient ou à celui d'autres personnes et empêchent le patient de prendre part à la vie sociale) au point que l'interaction en est perturbée. En collaboration avec le patient et son entourage, le travailleur social s'intéresse aux modifications intervenant dans cette interaction en insistant particulièrement sur les processus (d'apprentissage) chez le patient lui-même *(Ad Snellen, 2007).*

1.2 Points à enregistrer en rapport avec l'aide psychosociale

a) Soutien[i]
b) Médiation[ii]
c) Accompagnement[iii]
d) Traitement[iv]
e) Intervention de crise[v]

2. Recherche et reporting

2.1 Définition

La recherche et le reporting concernent les activités qui ont pour objet d'explorer la situation sociale des individus en collaboration avec ceux-ci. Les résultats de cette recherche permettent au travailleur social d'informer et de conseiller une instance chargée de prendre une décision importante pour l'intéressé *(Nora van Riet, 1997).*

Après avoir exploré la situation sociale du patient (dont il est également question ci-dessus), le travailleur social peut également informer et conseiller les médecins, le personnel infirmier et d'autres disciplines (internes et externes) sur la politique de traitement à suivre en tenant compte des composantes psychosociales (Goudriaan et Labaaij, institut Trimboss, 1999).

2.2 Points à enregistrer en rapport avec la recherche et le reporting

a) Anamnèse psychosociale et enquête sociale[vi]
b) Rapport social[vii]
c) Gestion de dossier[viii]
d) Enregistrement des activités concernant le patient
e) Visites à domicile

3. Coordination des soins

3.1 Définition

« La préparation phasique et structurée de la sortie, qui commence dès l'admission à l'hôpital, s'effectue et est exécutée suivant une approche interdisciplinaire et en concertation avec les soignants externes, les patients souffrant d'une problématique complexe ou s'inscrivant dans la continuité et leurs aidants proches bénéficiant d'une formule de soins individualisée. Cette formule comprend aussi bien des aspects cliniques que des aspects organisationnels et financiers et aspire à une réintégration optimale dans le milieu familial. La méthodologie de ce processus de soins est coordonnée et suivie par le référent hospitalier » *(Expert du groupe de la préparation de sortie, 2005).*

En dehors de la définition de la gestion de sortie présentée ci-dessus, nous souhaitons attirer l'attention sur le fait que la notion de « soins » doit être interprétée dans un sens large. Les soins peuvent également contenir des services d'aide et de soins, mais sont pensés dans le but d'assurer la continuité des soins pour le patient.

3.2 Points à enregistrer en rapport avec la coordination des soins

a) Dépistage des patients à risque[ix]
b) Information[x], orientation[xi] et conseil[xii]
c) Médiation[xiii]
d) Orientation vers d'autres institutions pour l'obtention de services d'aide et de soins[xiv]
e) Collaboration dans le cadre de la concertation sur le patient[xv]
f) Coordination des services d'aide et de soins offerts au patient[xvi]
g) Mise en service du réseau social (aide informelle)[xvii]
h) Mise en service d'autres services d'aide et de soins offerts (aide formelle)[xviii]
i) Soutien administratif[xix]

4. Aide concrète

4.1 Définition

On entend par « aide concrète » toute aide matérielle et tout soutien administratif ayant pour but d'améliorer les conditions de vie de l'intéressé. Les travailleurs sociaux assistent les personnes pour qu'elles acquièrent (récupèrent) des **droits de sécurité sociale** *(Vereniging van Vlaamse Sociale Hogescholen, 2001 Dans: Social Casework in de 21e eeuw).*

4.2 Points à enregistrer en rapport avec l'aide concrète

a) Aide matérielle[xx]

b) Aide socio-administrative[xxi]
   i. Information/Orientation/Conseil
   ii. Médiation
   iii. Orientation vers d'autres institutions en vue de bénéficier de services déterminés d'aide et de soins
   iv. Collaboration dans le cadre de la concertation sur le patient
   v. Coordination des services d'aide et de soins au patient
   vi. Aide administrative

c) Aide financière et administrative[xxii]
   i. Information/Orientation/Conseil
   ii. Médiation
   iii. Orientation vers d'autres institutions en vue de bénéficier de services déterminés d'aide et de soins
   iv. Collaboration dans le cadre de la concertation sur le patient
   v. Coordination des services d'aide et de soins au patient
   vi. Aide administrative

d) Aide juridico-administrative[xxiii]
   i. Information/Orientation/Conseil
   ii. Médiation
   iii. Orientation vers d'autres institutions en vue de bénéficier de services déterminés d'aide et de soins
   iv. Collaboration dans le cadre de la concertation sur le patient
   v. Coordination des services d'aide et de soins au patient
   vi. Aide administrative

5. Prévention

5.1 Définition

La prévention consiste à prévenir les difficultés que rencontrent les personnes dans la société. Cette tâche essentielle se déroule à différents niveaux, notamment au niveau de l'individu, de son contexte et de la société.

- Au niveau individuel, cela signifie qu'en dehors des soins curatifs, le travailleur social, dans un processus d'accompagnement, accorde également une attention aux obstacles auxquels il faut s'attendre éventuellement et tente de les anticiper en collaboration avec le patient.

- Au niveau du contexte, le travailleur social accorde une attention aux signaux que l'entourage familial, l'environnement de travail ou un cercle d'amis indique comme indicateurs possibles de problèmes futurs.

- Au niveau social, ceci signifie que le travailleur social entame des activités ou des opérations qui ont pour but de prévenir les problèmes pour un groupe plus large de personnes, de demandeurs d'aide et de patients *(Hilde Vlaeminck, Wim Malfliet et Saskia Saelens, 2002).*

5.2. Points à enregistrer en rapport avec la prévention

a) Information/Orientation/Conseil
b) Médiation
c) Orientation vers d'autres institutions en vue de bénéficier de services déterminés d'aide et de soins
d) Collaboration dans le cadre de la concertation sur le patient

6. Défense des intérêts

6.1 Définition

La défense des intérêts consiste à interpréter, représenter et soutenir les droits et intérêts concrets d'individus, de groupes ou de la société en vue de présenter les droits et obligations personnels et sociétaux dans une perspective plus large *(Wim Verzelen, 2005).*

6.2 Points à enregistrer en rapport avec la défense d'intérêts

a) Défense d'intérêts individuels
b) Défense d'intérêts collectifs

7. Signalement

7.1 Définition

Le signalement (et le travail stratégique) consiste à détecter, enregistrer et présenter d'une manière systématique les éléments échappant au contrôle individuel qui sont susceptibles d'influencer négativement les conditions sociales des patients.

Une différence est faite dans ce cadre entre le signalement interne et le signalement externe :

- Signalement interne : création de formes de services d'aide et de soins au sein d'une institution qui cadreront mieux avec les problèmes et questions du système du client.

- Signalement externe : fait d'attirer l'attention de collègues dans les différents secteurs de prestation de soins et de décideurs politiques sur tous les effets positifs ou négatifs de la politique sur la position sociale de groupes de clients (subdivision mise en avant par la Vereniging van Vlaamse Sociale Hogescholen en 2001).

Hilde Vlaeminck, Wim Malfliet et Saskia Saelens, 2002)

7.2 Points à enregistrer en rapport avec le signalement

a) Signalement interne
b) Signalement externe

B. ACTIVITÉS NON LIÉES AU PATIENT

1. Développement des compétences

1.1 Définition

Acquisition systématique de connaissances, de compétences et d'attitudes visant à favoriser le propre développement et la propre expertise du travailleur social. Il s'agit tant d'acquérir de nouvelles connaissances, aptitudes et compétences que de préserver l'expertise acquise (= processus d'apprentissage continu).

En dehors de cela, l'expérience acquise peut être transmise à des collègues et à d'autres thérapeutes professionnels.

1.2 Points d'enregistrement

a) Participation à la formation
b) Dispense de formation
c) Consultation, conseil et accompagnement d'autres professionnels[xxiv]
d) Réflexion sur la propre façon d'agir[xxv]
e) Planification du développement des compétences[xxvi]
f) Contribution à la formation (pratique) des étudiants[xxvii]

2. Autres activités non liées au patient

2.1 Points d'enregistrement

a) Concertation sans lien avec le patient[xxviii]
b) Contribution au développement de politiques[xxix]
c) Profilage et justification de la propre profession et du propre comportement professionnel[xxx]
d) Collaboration à des projets ou des études
e) Temps réservé à soi[xxxi]
f) Congé
g) Déplacements[xxxii]
h) Activités liées à l'organisation et au service

II APPLICATION PRATIQUE DES POINTS D'ENREGISTREMENT

A. ACTIVITÉS LIÉES AU PATIENT

A1 Aide psychosociale

Attention : pour les activités de soutien, d'accompagnement et de traitement, toujours choisir la forme d'aide la plus élevée. Nous supposons que si le travailleur social « accompagne » un patient, par exemple, il lui apporte également un soutien. Dans ce cas d'espèce, on choisira donc uniquement la fonction « Accompagnement » (donc uniquement un point par action).

A1a Soutien

[iv]*Soutien du patient/de la famille/du milieu* lorsque ces personnes éprouvent des difficultés à se tenir debout dans la société actuelle. Le travailleur social fait office de personnage sur lequel un individu peut s'appuyer tout en conservant ses propres responsabilités et son propre pouvoir de décision (Holstvoogd, 2006) ; dans l'ouvrage de (Goudriaan et Labaaij, institut Trimboss), il est question **d'un contact de soutien ou d'encouragement** sur une période plus ou moins longue liée à une situation de stress. Le patient acquiert ainsi la possibilité d'expliquer ce qui le préoccupe et est encouragé à exprimer ses sentiments d'angoisse, ses tensions, sa tristesse ou sa solitude. **L'aide a essentiellement pour but d'apaiser ces sentiments et de renforcer l'image de soi.**

A1b Médiation

[iv] Intervention d'un **tiers impartial** (travailleur social) au profit du patient (Holstvoogd, 2006) ; la médiation est une forme d'aide dans laquelle la partie médiatrice adopte une position d'intermédiaire par rapport aux parties. **Le médiateur aide les parties à trouver un accord** et fait appel à la responsabilité des participants pour prendre une décision et pour faire des choix (Hilde Vlaeminck, Wim Malfliet et Saskia Saelens, 2002). *Exemple : médiation entre les membres d'une famille pour rétablir le contact.*

A1c Accompagnement

[iv] L'*accompagnement* a pour but de **rechercher une meilleure solution aux problèmes ou de les prévenir** afin de mieux comprendre l'homme ou de le comprendre autrement. Il s'agit en outre pour le patient d'un processus d'autoexploration dans lequel le travailleur social intervient pour fournir le soutien nécessaire. Pour le patient, la recherche de la signification du problème renferme le processus d'apprentissage (cf. voir Holstvoogd, 2006). Lors de l'accompagnement, plusieurs contacts sont indispensables pour **amener le patient ou son entourage à percevoir les problèmes, les situations, etc.**

A1d Traitement

[iv] Dans le cas du *traitement,* l'accent est mis sur la modification de l'attitude que le patient adopte face à son problème. On aspire ici à permettre au patient de s'autogérer, voire de modifier les circonstances. Le traitement a pour but d'apprendre au patient à mieux maîtriser les pensées, les sentiments et les comportements qui l'ont blessé ou ont blessé d'autres personnes de son entourage. Le travailleur social tentera d'améliorer le rapport entre les limites et les possibilités du patient et d'améliorer la surface portante du patient (Holstvoogd, 2006) ; **le traitement se distingue de l'accompagnement par l'orientation sur les changements à induire chez le patient ou son entourage de façon à augmenter la capacité de résolution de problème et à mieux exploiter leurs propres possibilités** (Goudriaan et Labaaij, institut Trimboss). Le changement de comportement est également effectivement confirmé lors du processus de traitement.

A1e Intervention de crise

[iv] L'*intervention de crise* est **l'aide de courte durée et à court terme apportée à des personnes se trouvant dans une situation de crise** en vue leur permettre d'avoir un meilleur aperçu de la situation et de comprendre le problème à l'origine de la crise. Il s'agit ici toujours du soutien apporté à des mécanismes de fonctionnement ordinaires chez le patient et dans le contexte d'un système. L'offre d'un **premier accueil** à des personnes qui sont confrontées à des tensions croissantes, à des personnes qui se trouvent dans la misère et doivent faire face à des modifications soudaines, à des personnes qui recherchent un point d'ancrage dans une situation de vie déterminée et à des personnes qui ont vécu un événement traumatisant peu de temps auparavant peut être considérée comme une forme légère d'intervention de crise *(Holstvoogd, 2006) ; intervention de crise* = action d'intervenir immédiatement, intensivement et pendant une courte période sur une situation dans laquelle la personne en crise a perdu temporairement largement le contrôle sur sa propre situation (Nel Jagt, 2006).

A2 Recherche et reporting

A2a Anamnèse psychosociale et enquête sociale

[iv] Anamnèse psychosociale : **examen de la situation annoncée** en s'attardant essentiellement sur la recherche des antécédents de la plainte/du problème et en recourant généralement à **une procédure ou un moyen d'aide fixe** (Hilde Vlaeminck, Wim Malfliet et Saskia Saelens, 2002).

L'anamnèse psychosociale comprend également l'**hétéroanamnèse** : si le patient n'est pas en mesure de participer lui-même de manière sensée à l'entretien anamnestique (enfant, personne très âgée, patient comateux ou patient présentant un dysfonctionnement cognitif), l'entretien anamnestique peut être mené avec un des membres de la famille, les aidants proches ou le milieu. S'il s'agit de thérapeutes, l'activité sera évaluée dans la rubrique « Collaboration dans le cadre de la concertation sur le patient » correspondant à la bonne activité principale.

Examen social/Appréciation des besoins et possibilités du patient ou de la famille : sur la base de l'anamnèse psychosociale qu'il a lui-même effectuée, des données recueillies et d'autres sources d'information, le travailleur social évalue les besoins et les possibilités du patient et de son entourage (diagnostic social). Cette appréciation sera l'amorce d'une intervention de travail social. L'examen social peut se rapporter à toute tâche essentielle, par exemple, la coordination des soins, la fourniture d'une aide administrative et financière, etc.

A2b Rapport social

[iv] Exemple : établissement d'un rapport social à l'attention – généralement – d'un soignant externe (en vue essentiellement d'assurer la continuité des soins au patient ou à son entourage).

A2c Gestion de dossier

[iv] **Établissement et tenue de rapports** sur les activités dans le dossier social ; consultation du dossier.

A3 Coordination des soins

A3a Dépistage des patients à risque

[iv] Exemple : examen proactif de la liste des patients et contrôle des patients à risque.

A3b Information/Orientation/Conseil

[iv] L'**information consiste à renseigner le patient, l'aidant proche, les tiers importants et d'autres personnes impliquées dans les soins du patient.** Les informations communiquées sont recueillies à partir de sources d'information disponibles (propre enquête sociale, contacts avec d'autres disciplines, services, dossier du patient). Par cette diffusion d'informations, **l'intéressé apprend à faire le meilleur usage des possibilités disponibles de façon à pouvoir faire le meilleur choix possible.** La connaissance du patient, de son environnement et des autres en est améliorée et les possibilités de choix sont clairement expliquées *(Holstvoogd, 2006).* Exemple : donner des informations sur les alternatives si un retour à la maison n'apparaît pas possible (informations concernant la rééducation, le séjour de courte durée, le rétablissement, le centre d'assistance aux enfants, l'accompagnement à domicile…).

[iv] L'orientation consiste à fournir des renseignements à des (groupes de) personnes qui ont les mêmes problèmes ou des problèmes comparables afin de les aider à résoudre ou prévenir ces problèmes *(Holstvoogd, 2006).*

[iv] **Le conseil au patient/au milieu/à autrui consiste à montrer clairement, sur la base d'une présentation des possibilités, l'option ou la façon d'agir qui convient le mieux**. Le conseil se fonde sur l'expertise du travailleur social. La fonction de conseil va au-delà de la fonction d'information. **Non seulement** vous communiquez **les informations nécessaires, mais en outre vous y ajoutez votre propre appréciation de la procédure qui est sans doute la plus appropriée** *(Holstvoogd, 2006).* Exemple : si les alternatives de réhabilitation temporaire sont discutées lors de l'entretien avec le patient et la famille, le travailleur social peut donner un conseil sur l'« aide de la plus adéquate » et conseiller par exemple de s'adresser au Sp X.

A3c Médiation

[iv] Interventions à l'avantage de l'entourage du patient, auprès d'organisations et d'institutions sociales afin de faciliter l'accès à leur utilisation (entre autres, patient/famille/discipline/instances…).
Exemples : entre le patient et l'organisation : ignorance de l'institution, accessibilité…

A3d Orientation vers d'autres institutions pour des services d'aide et de soins

[iv] L'**orientation vers d'autres institutions** a pour but d'informer le patient sur l'existence ailleurs d'une aide plus appropriée et de lui permettre d'obtenir cette aide. En orientant un patient vers une autre organisation ou un autre service, on évite qu'il reçoive une aide inutile ou inappropriée. On veille ainsi aussi à ce que l'aide la plus adéquate pour son problème puisse lui être offerte rapidement.

La fonction d'orientation se limite à la fourniture des coordonnées de contact ou à la mise en contact avec d'autres prestataires de soins et institutions. La mise en contact a uniquement pour but de signaler qu'un patient est orienté vers une autre institution sans viser une autre collaboration et l'obtention d'autres informations contextuelles notamment avec cette organisation en tant que travailleur social (dans ce cas). De même l'intervention auprès d'institutions ou personnes externes et le fait de plaider la cause du patient auprès d'elles afin qu'il puisse se voir offrir l'aide souhaitée n'est pas reprise dans cette fonction d'orientation vers d'autres institutions (= médiation) (Holstvoogd, 2006).

Exemples : coordonnées de contact pour l'accueil des sans-abri, les groupes d'entraide, le service d'infirmières à domicile…

A3e Collaboration dans le cadre de la concertation sur le patient

[iv] **La collaboration dans le cadre de la concertation sur le patient désigne aussi bien la concertation structurée avec le patient que la concertation non structurée.** Dans le cadre de la coopération, il existe une interaction et une concertation sur le plan du contenu entre différentes organisations, disciplines, collègues… autour des soins et de l'aide à fournir au patient. Exemples : concertation interdisciplinaire, concertation avec des services externes ou d'autres disciplines, discussion de cas, équipes de gestion de sortie transmurales,

concertation par téléphone avec le médecin du département, contacts avec le lieu de convalescence, accueil de sans-abri, refuge, maison de retraite, police, syndicats, employeur, médecin de famille, centre d'accueil des jeunes, centre d'aide sociale générale…

A3f Coordination des services d'aide et de soins

[iv] **Coordination des services d'aide et de soins au patient :** dans le cas de patients **qui dépassent le champ de compétence d'une organisation ou d'un professionnel**, le travailleur social peut assurer un rôle de coordination et une fonction de passerelle. Autrement dit, le travailleur social **coordonne diverses formes de services d'aide et de soins autour de l'entourage de patients déterminés ou les adapte les unes sur les autres**. Le travailleur social se charge de l'adaptation entre différents services et prestataires de services de façon à déclencher une réaction en chaîne positive.

Attention : dans la rubrique « Collaboration dans le cadre de la concertation sur le patient » et la rubrique « Coordination des services d'aide et de soins », toujours sélectionner la forme d'aide la plus élevée : dans le cas d'une coordination, par exemple, on suppose qu'il existe également une collaboration (seule la coordination doit être indiquée).

A3g Faire intervenir le réseau social

[iv] **Aide informelle :** soins dispensés par des prestataires de soins qui n'ont pas de statut professionnel à cette fin ; ils ne sont pas rémunérés pour leur service et l'aide qu'ils fournissent s'inscrit dans le contexte de liens familiaux ou affectifs avec la personne qui a besoin des soins. On entend par « aide informelle » aussi bien les soins autonomes que les soins donnés par un aidant proche que le travail de volontariat (non rémunéré). (Guide des soins à domicile, Groupe de travail des aidants à domicile, devenu aujourd'hui Centre de connaissance des soins donnés par les aidants proches). **Est compris dans cette rubrique, le recours effectif aux soins donnés par les aidants proches, les voisins, des volontaires non rémunérés, etc. de manière à garantir la continuité des soins et les services d'aide.**

A3h Faire intervenir d'autres services d'aide et de soins

[iv] **Soins formels :** les soins donnés par des personnes pour qui une telle prestation constitue une forme de travail rémunéré. Ces personnes disposent à cette fin d'un diplôme et les actes qu'elles peuvent poser et ne peuvent poser sont généralement précisés (Groupe de travail des aidants à domicile, devenu aujourd'hui Centre de connaissance des soins donnés par les aidants proches). **Tombe sous cette rubrique le recours effectif à ces soins formels. Exemples : entre autres régler les soins à domicile, prévoir les aides, régler le transport exécuté par des aidants proches (service de transport professionnel).**

A3i Soutien administratif

[iv] Exemples : demande de placement, maison de convalescence, séjour de courte durée…

A4 Aide concrète

A4a Aide matérielle

[iv] Exemples : formule de repas, vêtements, recherche d'une famille d'accueil, objets perdus…

A4b Aide socio-administrative

[iv] **Aide socio-administrative :** on entend par là les activités (informations et conseils, médiation, orientation vers d'autres institutions, collaboration, soutien administratif…) tournant **autour d'une demande socio-**

administrative. La description de ces activités a déjà été décrite sous la rubrique A3 « Coordination des soins », mais elle doit être adaptée à la fourniture d'une aide socio-administrative.

Sont comprises toutes les activités qui ont un rapport avec la sécurité sociale classique, notamment les pensions de retraite et de survie, le chômage, l'assurance accident du travail, l'assurance maladie professionnelle, l'allocation familiale, les vacances annuelles et les allocations de maladie-invalidité.
ATTENTION ! Vous avez en outre à côté de cela la fameuse « assistance publique » pour les personnes qui tombent à côté du réseau d'accueil de la sécurité sociale. Il s'agit en réalité d'une extension de la protection sociale pour les personnes qui n'entrent pas dans le cadre de la sécurité sociale susmentionnée.

Les mesures ci-dessous font partie de cette assistance et doivent être reprises sous la rubrique socio-administrative :

- l'allocation pour les personnes handicapées (SPF Sécurité sociale),
- l'allocation familiale garantie offerte par l'Office national d'allocations familiales pour travailleurs salariés (ONAFTS),
- le revenu garanti pour personnes âgées attribué par l'Office national des pensions (ONP).

EXCEPTIONS : les seules exceptions sont le paiement du revenu d'intégration et l'octroi de l'assistance individuelle régie par les CPAS communaux : ceux-ci doivent être enregistrés dans la rubrique «Administration financière».

Exemples : compléter des formulaires pour ou avec le patient ou la famille, établissement d'attestations, fourniture d'une aide dans le cadre de la facturation maximale, fonds d'assurance maladie (par exemple, demande auprès du FSS), toutes les demandes auprès de l'INAMI, de l'Agence flamande pour les personnes handicapées…

A4c Aide financière et administrative

[iv] **Aide financière et administrative :** cette rubrique regroupe toutes les activités (informations/orientation/conseil, médiation, orientation vers une autre institution, collaboration et soutien administratif) qui **tournent autour d'une demande financière et administrative**.

Exemples : compléter des formulaires pour ou avec le patient, la famille, etc., demande d'intervention auprès du CPAS, revenus de survie, assistance individuelle, règlement des factures d'hôpital, assurance hospitalisation, autres interventions financières (via les associations, fondations, etc.), primes communales…

A4d Assistance juridico-administrative

[iv] **Assistance juridico-administrative :** cette rubrique regroupe toutes les activités (information/orientation/conseil, médiation, orientation vers une autre institution, collaboration et soutien administratif) qui **tournent autour d'une demande juridico-administrative**.

Exemple : demande d'administration provisoire, pro deo, administrateur ad hoc, majorité prolongée, mesures de protection, maison de justice, tutelle d'enfant, donation, testament...

Attention : dans la rubrique « Collaboration dans le cadre de la concertation sur le patient » et la rubrique « Coordination de la fourniture d'aide et de service », toujours choisir la forme d'assistance la plus élevée : s'il y a coordination, on part du principe qu'il y a aussi eu collaboration (il faut donc seulement mentionner la coordination).

A5 Prévention

A6 Défense des intérêts

Le travailleur social adapte un point de vue et opte pour une « partie ». Il/elle est, par exemple, le/la porte-parole du patient (défense des intérêts individuels).

A7 Signalement

B ACTIVITÉS NON LIÉES AU PATIENT

B1 Développement des compétences

B1a Participation à des formations

B1b Fourniture de formation

B1c Consultation, conseil et accompagnement d'autres professionnels

[iv] Le travailleur social peut **offrir des consultations, des conseils et un accompagnement à d'autres professionnels qui s'occupent bien entendu de l'interaction entre l'homme et son environnement mais dont les domaines de compétence se trouvent sur un autre terrain**. Le travailleur social peut le faire lors de rencontres dans le cadre de liens de coopération, mais aussi lors de contacts ponctuels. Plus le profil du travailleur social au sein de « son » organisation s'affine et plus le champ d'expertise s'élargit, plus cette fonction peut prendre de l'ampleur. À l'inverse, des consultations et des conseils seront demandés à d'autres personnes concernant leur domaine de compétence (Nel Jagt, 2006).

B1d Réflexion sur la propre façon d'agir

[iv] La **propre expertise** peut être **maintenue** en suivant des cours et des formations, mais aussi en **réfléchissant sur sa propre façon d'agir**. L'apprentissage sur le lieu de travail est facilité en faisant le point sur ses propres expériences, en expliquant ces expériences et en les examinant à la lumière de la théorie et de la connaissance pratique acquise. Ceci peut se faire notamment en poursuivant le dialogue avec des collègues (par exemple, intervision) ou en participant à des supervisions (Nel Jagt, 2006).

B1e Planification du développement des compétences

[iv] **La réflexion sur la propre exécution du travail, individuellement ou face à des collègues ou des coachs professionnels, permet au travailleur social d'avoir une image de ses propres points forts et points faibles**. Sur la base de cette image, il élabore, de préférence sous l'impulsion de l'employeur, officiellement ou officieusement, un plan de développement personnel. Ce plan indique les connaissances qu'il doit affiner, les compétences qu'il va devoir (continuer à) développer, les traits de personnalité qu'il doit tenter de développer ainsi que la façon de s'y prendre et les moyens à disposition (Nel Jagt, 2006) (ceci fait généralement suite à une forme d'entretien de fonctionnement).

B1f Contribution à la formation (pratique) des étudiants

[iv] Exemples : accompagnement de stagiaire, entretien avec les étudiants…

B2 Autres activités non liées au patient

B2a Concertation sans lien avec le patient

[iv] Exemples : assemblée générale, groupes de travail internes et externes, groupes de réflexion sur un thème spécifique, notamment concernant les affaires personnelles, commissions d'accompagnement (réflexion entre les soins à domicile et les soins en milieu hospitalier)…

B2b Contribution au développement de politique

[iv] Les travailleurs sociaux contribuent à la politique de qualité de l'organisation en fournissant notamment une qualité professionnelle et en la surveillant. **Ils réfléchissent ensemble à la façon d'augmenter la participation des utilisateurs, au développement de protocoles et de lignes directrices pratiques**... (Nel Jagt, 2006).

B2c Profilage et justification de la propre profession et du propre comportement professionnel

[iv] Ceci comprend, par exemple, la mise en évidence claire du dévouement professionnel et de l'expertise dans le cadre d'accords de collaboration.

B2d Collaboration à des projets ou une étude

B2e Temps réservé à soi

[iv] Exemple : pauses

B2f Congé

B2g Déplacements

[iv] Exemple : **déplacements** pour se rendre à une formation, faire une visite à domicile, participer à une réunion, distance parcourue pour se rendre au département...

B2h Activités liées à l'organisation et au service

Exemples : lire des textes ou des articles, consulter le courriel et y répondre, se préparer, mener des sondages, réaliser des entretiens, mission de travail social auprès d'organisation de patients ou de services…

ANNEXE 7

PROCÉDURE À SUIVRE POUR L'ENREGISTREMENT DE LA FRÉQUENCE ET DE LA DURÉE

UZ BRUSSEL, UZ GENT ET UZ LEUVEN

VADE-MECUM DU DOCUMENT D'ENREGISTREMENT
DE LA FRÉQUENCE ET DE LA DURÉE DES ACTIVITÉS DE TRAVAIL SOCIAL

A. COMPLÉTER LE DOCUMENT D'ENREGISTREMENT

1. Quoi : vous pourrez retrouver le document d'enregistrement en annexe (cf. document d'enregistrement « Fréquence et durée »). Vous pouvez imprimer le fichier Excel (cf. « Registratiedoc freq duur klad ») et le garder sur vous pendant la journée pour l'utiliser comme brouillon.

2. Par qui : le document d'enregistrement doit être complété par tous les travailleurs sociaux.

3. Quand : le document d'enregistrement doit être complété **après chaque journée de travail.**

Périodes d'enregistrement : 30/11-4/12 et 7/12-11/12

Vous pouvez imprimer le fichier Excel « Registratiedoc freq duur klad » et le garder en poche pendant les heures de travail afin de pouvoir garder une trace précise de chaque activité.

Après la journée de travail, **la fréquence** des activités indiquées **(fréquence = nombre de fois qu'une activité s'est produite) + la durée totale en minutes** de cette activité doivent être indiquées dans la version électronique (cf. document d'enregistrement « Fréquence et durée »).

Exemple : lors de mon travail au département, je note le nombre d'activités exécutées + la durée de chaque activité distincte sur mon brouillon du document d'enregistrement.
Imaginons que j'ai indiqué trois fois « gestion de dossier » sur mon brouillon (5 minutes la première fois, 10 minutes la seconde et 15 minutes la troisième). Je note dans ce cas un « 3 » à côté de fréquence de gestion de dossier et le chiffre « 30 » à côté de la durée de la gestion de dossier.

4. Comment : **le fichier ne peut être conservé. Veuillez parcourir la liste complète des activités (cliquez à chaque fois sur le bouton « Next » [Suivant]) et terminez en pressant la touche « Submit » [Envoi]. Pour parcourir le document, utilisez de préférence la touche de tabulation Tab (ceci vous permet de sauter d'une case vide à une autre pour la fréquence et la durée).**

Les champs correspondant aux données générales sont OBLIGATOIRES. Les champs correspondant à la fréquence et la durée sont LIBRES. Vous pouvez aussi revenir dans le document (cliquez sur le bouton « Back » [Retour]).

a. Nom de code (voir le listing dans le courriel)
b. Heure de début et heure de fin de la journée de travail
c. Hôpital dans lequel je travaille
d. Jour de la semaine sur lequel porte l'enregistrement
e. Régime de travail
f. Schéma journalier : journée complète – après-midi/avant-midi, jour ouvrable/jour férié

ATTENTION : les congés doivent être enregistrés sur le document d'enregistrement dans la partie relative aux activités non liées au patient ! S'il s'agit d'un jour férié (fixe)

(demi-jour ou jour complet), veuillez le noter dans la partie réservée aux données générales et PAS à côté de la case « Congé ».

g. Si vous êtes malade, un document d'enregistrement doit aussi être envoyé. Le chef de service nous informe des éventuelles absences pour cause de maladie.

Questions importantes lorsque vous remplissez le document d'enregistrement :

a. Quelle activité ai-je exécutée aujourd'hui ?
b. Combien de fois ai-je exécuté cette activité ?
c. Combien de temps cette activité m'a-t-elle pris ? La durée totale doit être mentionnée sur le document d'enregistrement.

Exemple : le 30/11, j'ai exécuté quatre fois l'activité « gestion de dossier ». Cette activité a duré au total trente minutes. Dans le document d'enregistrement, j'écris donc un « 4 » à côté de fréquence et le chiffre « 30 » à côté de durée.

ATTENTION : la durée est toujours exprimée en minutes, mais la mention « min. » n'est jamais indiquée.

B. ENVOI DU DOCUMENT D'ENREGISTREMENT

1. Quoi : la version électronique du document d'enregistrement doit être complétée. Lorsque le document est rempli, je clique sur « Submit » [Envoi]. Le document est automatiquement transmis. Vous recevez un message vous informant que le document est dûment complété.

2. Par qui : chaque travailleur social envoie son propre document d'enregistrement.

3. Quand : le document d'enregistrement doit être complété le même jour que celui sur lequel portent les activités. Si, pour des circonstances échappant à votre contrôle, vous n'êtes pas en mesure de le faire, le document d'enregistrement peut être envoyé au plus tard le lendemain (matin).

Exemple : enregistrement des activités du 30/11 : le document doit être complété et envoyé le 30/11 ; en cas d'impossibilité, le document sera complété et envoyé au plus tard le 1/12 au matin.

ANNEXE 8

PROCÉDURE À SUIVRE POUR L'ENREGISTREMENT DE LA FRÉQUENCE ET DE LA DURÉE

UZ ANVERS

Vade-mecum du document d'enregistrement
de la fréquence et de la durée des activités de travail social

A. COMPLÉTER LE DOCUMENT D'ENREGISTREMENT

1. **Quoi :** vous trouverez le document d'enregistrement à remplir en dix exemplaires dans votre casier. Les instructions à suivre pour compléter dûment le formulaire et le transmettre par fax comme il se doit sont expliquées ci-dessous.

   Vous trouverez en annexe un fichier Excel intitulé « Registratiedoc freq duur klad ». Vous pouvez l'imprimer et le garder sur vous pendant la journée pour l'utiliser comme brouillon. Ceci vous permettra de vous souvenir aisément des activités.

   Après la journée de travail, **la fréquence** des activités indiquées **(fréquence = nombre de fois qu'une activité s'est produite) + la durée totale en minutes** de cette activité doivent être indiquées dans la version électronique (cf. document d'enregistrement « Fréquence et durée » se trouvant dans votre casier).

   Exemple : lors de mon travail au département je note le nombre d'activités exécutées + la durée de chaque activité distincte sur mon brouillon du document d'enregistrement.
   Imaginons que j'ai indiqué trois fois « gestion de dossier » sur mon brouillon (5 minutes la première fois, 10 minutes la seconde et 15 minutes la troisième). Je note dans ce cas un « 3 » à côté de fréquence de gestion de dossier et le chiffre « 30 » à côté de la durée de la gestion de dossier.

2. **Par qui :** le document d'enregistrement doit être complété par tous les travailleurs sociaux.

3. **Quand** : le document d'enregistrement doit être complété **après chaque journée de travail.**

   Périodes d'enregistrement : 23/11-27/11 et 7/12-11/12

4. **Comment :**

   a. **Commencez par compléter les informations générales dans la partie supérieure du document. Ces informations doivent TOUJOURS être complétées, étant donné que certaines données peuvent changer d'un jour à l'autre.**

      - Nom du travailleur social
      - Heure de début et heure de fin de la journée de travail
      - Nombre d'heures supplémentaires
      - Hôpital dans lequel je travaille
      - Jour de la semaine sur lequel porte l'enregistrement
      - Régime de travail
      - Schéma journalier : journée complète – après-midi/avant-midi, jour ouvrable/jour férié

ATTENTION : les congés doivent être enregistrés sur le document d'enregistrement dans la partie relative aux activités non liées au patient ! S'il s'agit d'un jour férié (fixe) (demi-jour ou jour complet), veuillez le noter dans la partie réservée aux données générales et PAS à côté de la case « Congé ».

- Si vous êtes malade, un document d'enregistrement doit aussi être envoyé. Le chef de service nous informe des éventuelles absences pour cause de maladie.

b. Complétez ensuite la fréquence et la durée totale des différentes activités.

Les questions suivantes doivent être posées :

- Quelles activités ai-je exécutées aujourd'hui ?
- Combien de fois ai-je exécuté cette activité ?
- Combien de temps cette activité m'a-t-elle pris ? La durée totale doit être mentionnée sur le document d'enregistrement.

Exemple : le 23/11, j'ai exécuté quatre fois l'activité « gestion de dossier ». Cette activité a duré au total trente minutes. Dans le document d'enregistrement, j'écris donc un « 4 » à côté de fréquence et le chiffre « 30 » à côté de durée.

ATTENTION : la durée est toujours exprimée en minutes.

B. FAXER LE DOCUMENT D'ENREGISTREMENT

1. **Quoi : le véritable document d'enregistrement (pas le brouillon), dûment complété, doit être transmis par fax à Griet De Bodt au numéro 09/3323845.**

2. **Par qui :** chaque travailleur social faxe son propre document d'enregistrement.

3. **Quand :** le document d'enregistrement doit être renvoyé par fax le même jour que celui sur lequel portent les activités. Si, pour des circonstances échappant à votre contrôle, vous n'êtes pas en mesure de le faire, vous pouvez envoyer le document d'enregistrement au plus tard le lendemain (matin).

Exemple : enregistrement des activités du 23/11 : le document doit être complété et envoyé le 23/11 ; en cas d'impossibilité, le document sera complété et envoyé au plus tard le 24/11 au matin.

ANNEXE 9

BROUILLON DU DOCUMENT D'ENREGISTREMENT

Document d'enregistrement de la fréquence et de la durée des activités de travail social					
		AVANT-MIDI		APRÈS-MIDI	
		Fréquence (nombre)	Durée (en minutes)	Fréquence (nombre)	Durée (en minutes)
A	**ACTIVITÉS LIÉES AU PATIENT**				
A1	Aide psychosociale				
A1a	Soutien				
A1b	Médiation				
A1c	Accompagnement				
A1d	Traitement				
A1f	Intervention de crise				
A2	Recherche et reporting				
A2a	Anamnèse psychosociale et enquête sociale				
A2b	Rapport social				
A2c	Gestion de dossier				
A2d	Enregistrement des activités au profit du patient				
A2e	Visite à domicile				
A3	Coordination des soins				
A3a	Dépistage des patients à risque				
A3b	Information/Orientation/Conseil				
A3c	Médiation				
A3d	Orientation vers d'autres institutions				
A3e	Collaboration dans le cadre de la concertation sur le patient				
A3f	Coordination des services d'aide et de soins				
A3g	Faire intervenir le réseau social				
A3h	Faire intervenir d'autres services d'aide et de soins				
A3i	Soutien administratif				
A4	Aide concrète				
A4a	Aide matérielle				
A4b	Aide socio-administrative				
A4bi	Information/Orientation/Conseil				
A4bii	Médiation				
A4biii	Orientation vers d'autres institutions				
A4biv	Collaboration dans le cadre de la concertation sur le patient				
A4bv	Coordination des services d'aide et de soins				
A4bvi	Soutien administratif				
A4c	Aide financière et administrative				
A4ci	Information/Orientation/Conseil				
A4cii	Médiation				
A4ciii	Orientation vers d'autres institutions				
A4civ	Collaboration dans le cadre de la concertation sur le patient				
A4cv	Coordination des services d'aide et de soins				
A4cvi	Soutien administratif				

A4d	Aide juridico-administrative				
A4di	Information/Orientation/Conseil				
A4dii	Médiation				
A4diii	Orientation vers d'autres institutions				
A4div	Collaboration dans le cadre de la concertation sur le patient				
A4dv	Coordination des services d'aide et de soins				
A4dvi	Soutien administratif				
A5	Prévention				
A5a	Information/Orientation/Conseil				
A5b	Médiation				
A5c	Orientation vers d'autres institutions				
A5d	Collaboration dans le cadre de la concertation sur le patient				
A6	Défense des intérêts				
A6a	Défense des intérêts individuels				
A6b	Défense des intérêts collectifs				
A7	Signalement				
A7a	Signalement interne				
A7b	Signalement externe				
B	**ACTIVITÉS NON LIÉES AU PATIENT**				
B1	Développement des compétences				
B1a	Participation à des formations				
B1b	Fourniture de formation				
B1c	Consultation, conseil et accompagnement d'autres professionnels				
B1d	Réflexion sur la propre façon d'agir				
B1e	Planification du développement des compétences				
B1f	Contribution à la formation (pratique) des étudiants				
B2	Autres activités non liées au patient				
B2a	Concertation sans lien avec le patient				
B2b	Contribution au développement de politique				
B2c	Profilage et justification de la propre profession et du propre comportement professionnel				
B2d	Collaboration à des projets ou une étude				
B2e	Temps réservé à soi				
B2f	Congé				
B2g	Déplacements				
B2h	Activités liées à l'organisation et au service				

ANNEXE 10

RÉSULTATS DE L'INVENTAIRE DES ACTIVITÉS DE TRAVAIL SOCIAL DANS LES HÔPITAUX UNIVERSITAIRES

Activités de travail social		Hôpitaux universitaires en Belgique (7)	Hôpitaux universitaires dans la partie néerlandophone du pays (4)	Hôpitaux universitaires dans la partie francophone du pays (3)
Aide psychosociale		81%	83%	79%
Grossesse chez les adolescentes et assuétudes		33%	37%	29%
Rapport d'étude		65%	71%	59%
Sensibilisation et défense des intérêts		87%	89%	86%
Signalement		56%	68%	44%
Conseil		86%	90%	83%
Enregistrement		79%	82%	77%
Supervision (coordination des soins)		80%	80%	80%
INAMI	Information	57%	57%	57%
	Orientation	54%	56%	52%

	Demande eff.	24%	19%	28%
	Observation	28%	24%	32%
Mutuelle	Information	74%	71%	76%
	Orientation	70%	67%	72%
	Demande eff.	37%	33%	42%
	Observation	37%	35%	39%
Dérogations et diminutions	Information	67%	64%	70%
	Orientation	61%	59%	63%
	Demande eff.	30%	29%	31%
	Observation	31%	29%	33%
Agence flamande – AWIPH-FBIPH	Information	86%	84%	87%
	Orientation	74%	76%	71%
	Demande eff.	42%	31%	52%
	Observation	44%	35%	53%
Assurabilité	Information	87%	79%	94%
	Orientation	84%	76%	91%
	Demande eff.	65%	58%	71%
	Observation	58%	46%	71%
Aide financ./admin. liée aux hôpitaux	Information	78%	72%	84%
	Orientation	71%	68%	74%
	Demande eff.	61%	61%	62%
	Observation	55%	49%	62%
Autre type d'aide financ./admin.	Information	73%	81%	65%
	Orientation	71%	80%	62%
	Demande eff.	35%	32%	37%
	Observation	35%	31%	38%
Soins à domicile	Information	81%	83%	78%
	Orientation	76%	78%	74%
	Demande eff.	45%	33%	56%
	Observation	40%	29%	50%
Institutions résidentielles	Information	74%	62%	86%
	Orientation	70%	59%	81%
	Demande eff.	55%	38%	71%
	Observation	45%	34%	56%
Logement	Information	70%	52%	87%
	Orientation	67%	50%	83%
	Demande eff.	30%	21%	38%
	Observation	28%	18%	37%
Travail	Information	78%	89%	67%
	Orientation	75%	89%	62%
	Demande eff.	37%	57%	17%
	Observation	38%	61%	15%
Règlements concernant les patients étrangers	Information	70%	79%	60%
	Orientation	65%	72%	58%
	Demande eff.	48%	60%	37%
	Observation	43%	55%	31%
Maladies professionnelles et accidents du travail	Information	74%	71%	76%
	Orientation	70%	68%	71%
	Demande eff.	33%	36%	29%
	Observation	32%	36%	28%
Autre type d'aide	Information	76%	75%	77%
	Orientation	72%	71%	73%
	Demande eff.	49%	50%	48%
	Observation	42%	44%	39%
Régime de transport	Information	93%	90%	95%
	Orientation	88%	85%	91%
	Demande eff.	85%	85%	84%
	Observation	76%	77%	74%
Carte sociale	Information	65%	64%	66%
	Orientation	66%	69%	63%
	Demande eff.	38%	36%	40%
	Observation	33%	31%	34%

Activités non liées au patient		55%	51%	58%

ANNEXE 11

RÉSULTATS DE L'INVENTAIRE DES ACTIVITÉS DE TRAVAIL SOCIAL DANS LES HÔPITAUX GÉNÉRAUX

Moyenne des réponses « Oui » par activité							
		AZ (63)	Anvers (18)	Limbourg (7)	Brabant flamand (6)	Flandre orientale (14)	Flandre occidentale (18)
Aide psychosociale		83%	83%	82%	86%	78%	85%
Grossesse chez les adolescentes et assuétudes		62%	58%	64%	47%	68%	64%
Rapport d'étude		82%	78%	71%	88%	84%	86%
Sensibilisation et défense des intérêts		97%	100%	82%	100%	98%	99%
Signalement		92%	89%	86%	100%	100%	89%
Conseil		88%	86%	79%	100%	82%	94%
Enregistrement		97%	100%	100%	100%	100%	89%
Supervision (coordination des soins)		93%	94%	78%	90%	96%	96%
INAMI	Information	69%	64%	63%	74%	73%	73%
	Orientation	82%	86%	79%	90%	82%	77%
	Demande eff.	27%	30%	27%	31%	20%	29%
	Observation	18%	18%	15%	10%	12%	28%
Mutuelle	Information	89%	94%	89%	86%	92%	78%
	Orientation	90%	91%	88%	82%	90%	87%
	Demande eff.	40%	41%	30%	41%	37%	42%
	Observation	23%	24%	19%	29%	23%	20%
Dérogations et diminutions	Information	73%	68%	85%	53%	75%	77%
	Orientation	86%	87%	84%	96%	84%	85%
	Demande eff.	36%	32%	10%	47%	32%	47%
	Observation	20%	15%	29%	17%	15%	26%
Agence flamande-PHARE-AWIPH	Information	90%	100%	71%	67%	93%	94%
	Orientation	98%	100%	100%	100%	93%	100%
	Demande eff.	37%	44%	43%	33%	14%	44%
	Observation	35%	44%	29%	17%	7%	56%
Assurabilité	Information	89%	88%	93%	96%	93%	85%
	Orientation	92%	99%	93%	83%	88%	93%
	Demande eff.	49%	39%	18%	71%	50%	63%
	Observation	44%	22%	21%	63%	54%	60%
Aide financ./admin. liée aux hôpitaux	Information	71%	69%	93%	67%	82%	53%
	Orientation	65%	69%	64%	75%	61%	58%
	Demande eff.	44%	44%	57%	33%	54%	34%
	Observation	27%	31%	21%	33%	25%	24%

Autre type d'aide financ./admin.	Information	81%	82%	78%	91%	82%	78%
	Orientation	85%	88%	84%	83%	80%	88%
	Demande eff.	43%	35%	36%	53%	43%	49%
	Observation	28%	24%	19%	28%	23%	41%
Soins à domicile	Information	98%	99%	92%	98%	99%	96%
	Orientation	93%	97%	95%	81%	88%	97%
	Demande eff.	94%	96%	92%	96%	94%	94%
	Observation	66%	68%	30%	80%	64%	75%
Institutions résidentielles	Information	97%	98%	88%	97%	100%	96%
	Orientation	89%	93%	94%	79%	86%	91%
	Demande eff.	96%	96%	92%	94%	99%	94%
	Observation	68%	65%	38%	61%	79%	78%
Logement	Information	87%	81%	79%	83%	96%	92%
	Orientation	98%	100%	100%	100%	100%	94%
	Demande eff.	55%	50%	71%	50%	29%	75%
	Observation	33%	33%	29%	17%	29%	44%
Travail	Information	90%	94%	100%	71%	93%	88%
	Orientation	90%	100%	86%	79%	86%	88%
	Demande eff.	30%	39%	21%	46%	25%	22%
	Observation	17%	11%	14%	4%	21%	26%
Règlements concernant les patients étrangers	Information	74%	76%	83%	70%	70%	74%
	Orientation	77%	90%	71%	73%	69%	76%
	Demande eff.	54%	48%	49%	60%	64%	51%
	Observation	37%	30%	40%	13%	51%	41%
Maladies professionnelles et accidents du travail	Information	81%	86%	79%	67%	79%	83%
	Orientation	87%	97%	93%	67%	79%	89%
	Demande eff.	33%	36%	50%	0%	25%	42%
	Observation	25%	28%	14%	0%	14%	42%
Autre type d'aide	Information	87%	84%	76%	93%	90%	90%
	Orientation	87%	91%	90%	83%	82%	87%
	Demande eff.	73%	73%	67%	86%	67%	77%
	Observation	49%	45%	24%	69%	48%	56%
Régime de transport	Information	98%	100%	100%	100%	100%	94%
	Orientation	84%	83%	86%	83%	79%	89%
	Demande eff.	90%	83%	71%	100%	100%	94%
	Observation	62%	56%	29%	83%	79%	61%
Carte sociale	Information	88%	90%	92%	83%	84%	89%
	Orientation	89%	92%	93%	87%	87%	89%
	Demande eff.	67%	58%	77%	64%	65%	74%
	Observation	33%	16%	21%	32%	41%	50%
Activités non liées au patient		80%	78%	80%	83%	75%	84%

ANNEXE 12

FACTEURS D'INFLUENCE

QUESTIONNAIRE CONCERNANT L'IMPORTANCE

Facteurs influençant les résultats en Belgique					
Activités	**Temps suffisant**	**Compétences suffisantes**	**Espace suffisant**	**Reconnaissance suffisante**	**Identification suffisante**
Aide psychosociale	29%	87%	55%	60%	84%
Soutien	34%	95%	55%	69%	87%
Médiation_psychosocial	31%	79%	53%	56%	69%
Accompagnement	27%	92%	54%	62%	83%
Traitement	25%	65%	43%	53%	62%
Intervention de crise	43%	71%	57%	61%	70%
Recherche et reporting	27%	78%	61%	69%	77%
Anamnèse et enquête sociale	43%	97%	69%	79%	91%
Rapport social	31%	97%	67%	75%	86%
Gestion de dossier	29%	94%	67%	73%	82%
Enregistrement des activités en rapport avec le patient	25%	90%	62%	67%	67%
Visite à domicile	5%	74%	22%	34%	36%
Coordination des soins	40%	90%	64%	74%	85%
Dépistage des patients à risque	19%	75%	51%	57%	64%
Fourniture d'informations sur la coordination des soins	57%	93%	75%	82%	91%
Médiation_coordination des soins	32%	76%	57%	65%	73%
Orientation_coordination des soins	62%	95%	79%	82%	92%
Collaboration_coordination des soins	52%	98%	71%	81%	93%
Coordonner_coordination des soins	47%	91%	70%	81%	90%
Faire intervenir le réseau social_coordination des soins	50%	97%	71%	82%	94%
Faire intervenir d'autres prestataires de soins_coordination des soins	57%	98%	74%	86%	94%
Aide administrative_coordination des soins	34%	93%	68%	75%	78%
Aide concrète	46%	91%	67%	78%	83%
Aide matérielle	41%	84%	63%	67%	71%
Aide socio-administrative	40%	87%	75%	79%	85%
Fourniture d'informations_adm. soc.	58%	88%	75%	83%	90%
Médiation_adm. soc.	30%	78%	61%	68%	77%
Orientation_adm. soc.	62%	94%	79%	83%	91%
Collaboration_adm. soc.	48%	95%	72%	81%	91%
Coordination_adm. soc.	44%	90%	68%	76%	86%
Aide administrative_adm. soc.	37%	92%	73%	78%	84%
Aide administrative et financière	30%	80%	65%	77%	74%
Fourniture d'informations_adm. fin.	52%	89%	78%	85%	87%
Médiation_adm. fin.	31%	75%	62%	69%	72%
Orientation_adm. fin.	61%	93%	79%	85%	87%
Collaboration_adm. fin.	47%	94%	70%	78%	85%
Coordination_adm. fin.	40%	83%	63%	73%	78%
Aide administrative_adm. fin.	38%	86%	71%	75%	81%
Aide juridico-administrative	23%	48%	57%	62%	56%
Fourniture d'informations_jur. adm.	49%	65%	70%	74%	72%
Médiation_jur. adm.	26%	52%	54%	59%	58%
Orientation_jur. adm.	59%	86%	77%	81%	85%
Collaboration_jur. adm.	45%	79%	67%	76%	77%
Coordination_jur. adm.	33%	66%	61%	66%	69%
Aide administrative_jur. adm.	34%	67%	65%	69%	67%
Prévention	23%	73%	54%	63%	70%
Fourniture d'informations_prévention	46%	82%	68%	74%	81%
Médiation_prévention	27%	67%	56%	63%	68%
Orientation_prévention	54%	87%	72%	80%	83%

Collaboration_prévention	42%	87%	67%	74%	78%
Défense des intérêts	26%	73%	53%	62%	71%
Défense des intérêts_individuels	38%	83%	62%	70%	79%
Défense des intérêts_collectifs	17%	53%	39%	46%	49%
Signalement	31%	73%	57%	54%	65%
Signalement_interne	37%	77%	54%	57%	69%
Signalement_externe	20%	58%	44%	47%	51%
Développement des compétences	19%	63%	52%	65%	74%
Participation à la formation	22%	77%	62%	71%	81%
Fourniture de formation	12%	39%	42%	53%	47%
Consultation, conseil et accompagnement d'autres professionnels	17%	53%	41%	53%	55%
Réflexion sur la propre façon d'agir	41%	85%	61%	69%	84%
Planification du développement des compétences	21%	65%	50%	57%	69%
Contribution à la formation (pratique) des étudiants	20%	77%	51%	71%	76%
Autres activités non liées au patient	17%	82%	52%	59%	70%
Concertation sans lien avec le patient	19%	82%	49%	60%	68%
Développement de politique	12%	45%	35%	41%	45%
Profilage et justification de la propre profession et du propre comportement professionnel	24%	73%	43%	57%	63%
Projets et études	8%	59%	38%	46%	51%
Activités liées à l'organisation et au service	21%	78%	53%	61%	71%

ANNEXE 13

RÉSULTATS DE L'ENREGISTREMENT DE LA FRÉQUENCE ET LA DURÉE

BELGIQUE

Résultats de l'enregistrement de la fréquence et la durée en Belgique (1373)									
		Total	Rapport durée/fréquence (min.)	Médiane	IQR	Q1	Q3	Max.	Min.
Soutien	Fréquence (nombre)	1923	17	2	2	1	3	15	1
	Durée (min.)	33357		15	15	10	25	90	2
Médiation_psychosoc.	Fréquence (nombre)	245	16	1	1	1	2	6	1
	Durée (min.)	3991		15	10	10	20	60	2
Accompagnement	Fréquence (nombre)	922	22	2	2	1	3	17	1
	Durée (min.)	20146		20	20	10	30	290	3
Traitement	Fréquence (nombre)	109	22	1	1	1	2	6	1
	Durée (min.)	2411		14	23	10	33	120	5
Intervention de crise	Fréquence (nombre)	121	39	1	0	1	1	5	1
	Durée (min.)	4730		30	30	20	50	180	8
Anamnèse psychosociale et enquête sociale	Fréquence (nombre)	1517	17	2	2	1	3	14	1
	Durée (min.)	25855		15	15	10	25	204	1
Rapport social	Fréquence (nombre)	837	11	2	3	1	4	25	1
	Durée (min.)	9192		10	13	8	20	120	1
Gestion de dossier	Fréquence (nombre)	5237	9	4	5	2	7	48	1
	Durée (min.)	48165		10	14	6	20	120	1
Enregistrement	Fréquence (nombre)	2743	5	3	5	1	6	48	1
	Durée (min.)	13219		5	10	3	13	103	1
Visite à domicile	Fréquence (nombre)	11	90	1	0	1	1	3	1
	Durée (min.)	987		118	124	26	151	240	4
Dépistage des patients à risque	Fréquence (nombre)	389	12	1	1	1	2	12	1
	Durée (min.)	4697		10	5	10	15	60	3
Fourniture d'informations_coord. soins	Fréquence (nombre)	2087	11	2	3	1	4	45	1
	Durée (min.)	23194		10	7	8	15	80	1
Médiation_coord. soins	Fréquence (nombre)	308	11	1	1	1	2	30	1
	Durée (min.)	3242		10	11	9	20	40	2
Orientation vers d'autres institutions_coord. soins	Fréquence (nombre)	626	12	1	1	1	2	11	1
	Durée (min.)	7229		10	8	8	15	120	2
Collaboration dans le cadre de la concertation sur le patient_coord. soins	Fréquence (nombre)	3247	16	3	3	2	5	30	1
	Durée (min.)	51715		15	21	9	30	250	1
Coordination des services d'aide et de soins_coord. soins	Fréquence (nombre)	790	15	2	2	1	3	8	1
	Durée (min.)	11984		13	10	10	20	240	2
Faire intervenir le réseau social_coord. des soins	Fréquence (nombre)	423	10	1	1	1	2	6	1
	Durée (min.)	4319		10	10	5	15	50	1

Faire intervenir d'autres services d'aide et de soins_coord. soins	Fréquence (nombre)	891	10	2	2	1	3	20	1
	Durée (min.)	8731		10	9	6	15	60	3
Aide administrative_coord. soins	Fréquence (nombre)	699	12	2	1	1	2	11	1
	Durée (min.)	8167		10	9	6	15	120	1
Aide matérielle	Fréquence (nombre)	120	13	1	0	1	1	5	1
	Durée (min.)	1518		10	10	5	15	60	5
Fourniture d'informations_adm. soc.	Fréquence (nombre)	1003	12	1	1	1	2	15	1
	Durée (min.)	12333		10	6	9	15	60	1
Médiation_adm. Soc.	Fréquence (nombre)	85	15	1	0	1	1	3	1
	Durée (min.)	1245		10	6	10	16	60	5
Orientation vers d'autres institutions_adm. soc.	Fréquence (nombre)	251	10	1	1	1	2	6	1
	Durée (min.)	2618		10	8	5	13	40	3
Collaboration dans le cadre de la concertation sur le patient_adm. soc.	Fréquence (nombre)	655	11	2	2	1	3	120	1
	Durée (min.)	7123		10	7	8	15	110	2
Coordination des services d'aide et de soins_adm. soc.	Fréquence (nombre)	128	15	1	1	1	2	5	1
	Durée (min.)	1890		10	13	8	20	80	3
Aide administrative_adm. soc.	Fréquence (nombre)	735	14	1	2	1	3	14	1
	Durée (min.)	10634		12	11	9	20	160	2
Fourniture d'informations_adm. fin.	Fréquence (nombre)	660	10	1	1	1	2	28	1
	Durée (min.)	6862		10	8	8	15	60	2
Médiation_adm. fin.	Fréquence (nombre)	90	10	1	0	1	1	20	1
	Durée (min.)	925		10	5	10	15	60	5
Orientation vers d'autres institutions_adm. fin.	Fréquence (nombre)	133	8	1	0	1	1	5	1
	Durée (min.)	1072		10	5	5	10	30	3
Collaboration dans le cadre de la concertation sur le patient_adm. fin.	Fréquence (nombre)	327	12	1	1	1	2	11	1
	Durée (min.)	3807		10	8	7	15	240	2
Coordination des services d'aide et de soins_adm. fin.	Fréquence (nombre)	66	16	1	0	1	1	3	1
	Durée (min.)	1038		10	5	10	15	150	5
Aide administrative_adm. fin.	Fréquence (nombre)	418	14	1	1	1	2	15	1
	Durée (min.)	5727		11	5	10	15	120	2
Fourniture d'informations_jur. adm.	Fréquence (nombre)	171	14	1	0	1	1	4	1
	Durée (min.)	2417		10	5	10	15	60	3
Médiation_jur. adm.	Fréquence (nombre)	14	21	1	0	1	1	1	1
	Durée (min.)	295		10	18	10	28	70	5
Orientation vers d'autres institutions_jur. adm.	Fréquence (nombre)	45	11	1	0	1	1	2	1
	Durée (min.)	485		10	6	5	11	30	5

Collaboration dans le cadre de la concertation sur le patient_jur. adm.	Fréquence (nombre)	81	20	1	0	1	1	3	1
	Durée (min.)	1590		15	10	10	20	150	5
Coordination des services d'aide et de soins_jur. adm.	Fréquence (nombre)	13	22	1	0	1	1	2	1
	Durée (min.)	280		15	25	5	30	60	5
Aide administrative_jur. adm.	Fréquence (nombre)	47	13	1	0	1	1	3	1
	Durée (min.)	603		10	5	10	15	45	5
Fourniture d'informations_prévention	Fréquence (nombre)	206	11	2	2	1	3	7	1
	Durée (min.)	2245		10	8	7	15	120	3
Médiation_prévention	Fréquence (nombre)	10	12	1	0	1	1	2	1
	Durée (min.)	115		10	5	10	15	20	5
Orientation vers d'autres institutions_prévention	Fréquence (nombre)	22	10	1	0	1	1	3	1
	Durée (min.)	228		7	8	5	13	60	5
Collaboration dans le cadre de la concertation sur le patient_prévention.	Fréquence (nombre)	39	16	1	1	1	2	4	1
	Durée (min.)	630		10	18	10	28	60	5
Défense des intérêts individuels	Fréquence (nombre)	82	15	1	0	1	1	4	1
	Durée (min.)	1221		15	10	10	20	60	4
Défense des intérêts collectifs	Fréquence (nombre)	16	18	1	0	1	1	2	1
	Durée (min.)	290		15	20	10	30	40	5
Signalement interne	Fréquence (nombre)	54	12	1	0	1	1	3	1
	Durée (min.)	650		10	5	10	15	30	3
Signalement externe	Fréquence (nombre)	16	17	1	0	1	1	2	1
	Durée (min.)	275		15	5	10	15	60	10
Participation à des formations	Fréquence (nombre)	115	228	1	0	1	1	1	1
	Durée (min.)	26267		180	314	76	390	490	10
Fourniture de formation	Fréquence (nombre)	8	126	1	0	1	1	1	1
	Durée (min.)	1010		90	38	60	98	480	20
Consultation, conseil et accompagnement d'autres professionnels	Fréquence (nombre)	293	14	1	2	1	3	9	1
	Durée (min.)	4079		15	10	10	20	100	2
Réflexion sur la propre façon d'agir	Fréquence (nombre)	112	15	1	0	1	1	5	1
	Durée (min.)	1704		13	10	10	20	180	3
Planification du développement des compétences	Fréquence (nombre)	13	33	1	0	1	1	2	1
	Durée (min.)	433		20	11	9	20	240	3
Contribution à la formation d'étudiants	Fréquence (nombre)	243	22	1	1	1	2	20	1
	Durée (min.)	5456		20	20	15	35	120	4
Concertation sans lien avec le patient	Fréquence (nombre)	437	47	1	0	1	1	10	1
	Durée (min.)	20328		30	59	15	74	250	3

Contribution au développement de politique	Fréquence (nombre)	26	53	1	0	1	1	2	1
	Durée (min.)	1385		30	40	20	60	210	10
Profilage et justification de la propre profession	Fréquence (nombre)	55	18	1	1	1	2	6	1
	Durée (min.)	995		15	20	10	30	120	5
Collaboration à des projets et des études	Fréquence (nombre)	1118	22	1	0	1	1	2	1
	Durée (min.)	25009		20	15	15	30	370	2
Temps réservé à soi	Fréquence (nombre)	1081	30	1	0	1	1	2	1
	Durée (min.)	32693		30	18	23	40	228	1
Congé	Fréquence (nombre)	204	302	1	0	1	1	1	1
	Durée (min.)	61688		360	300	180	480	560	5
Déplacements	Fréquence (nombre)	1353	8	3	3	2	5	15	1
	Durée (min.)	10501		6	6	4	10	510	1
Activités liées à l'organisation et au service	Fréquence (nombre)	902	25	1	2	1	3	30	1
	Durée (min.)	22588		20	18	13	31	410	1

ANNEXE 14

RÉSULTATS DE L'ENREGISTREMENT DE LA FRÉQUENCE ET LA DURÉE

PARTIE NÉERLANDOPHONE DU PAYS

Résultats de l'enregistrement de la fréquence et la durée dans la partie néerlandophone du pays (1003)									
		Total	Rapport durée/fréquence (min.)	Médiane	IQR	Q1	Q3	Max.	Min.
Soutien	Fréquence (nombre)	1325	20	2	2	1	3	15	1
	Durée (min.)	26290		20	17	13	30	90	3
Médiation_psychosoc.	Fréquence (nombre)	205	17	1	1	1	2	6	1
	Durée (min.)	3412		15	10	10	20	60	2
Accompagnement	Fréquence (nombre)	627	27	2	2	1	3	7	1
	Durée (min.)	16630		28	15	15	30	290	5
Traitement	Fréquence (nombre)	53	35	1	1	1	2	5	1
	Durée (min.)	1855		30	40	15	55	120	5
Intervention de crise	Fréquence (nombre)	101	44	1	0	1	1	4	1
	Durée (min.)	4445		30	40	20	60	180	8
Anamnèse psychosociale et enquête sociale	Fréquence (nombre)	866	20	2	2	1	3	11	1
	Durée (min.)	17190		18	19	11	30	204	1
Rapport social	Fréquence (nombre)	486	13	2	2	1	3	13	1
	Durée (min.)	6397		13	10	10	20	120	1
Gestion de dossier	Fréquence (nombre)	2677	12	3	4	2	6	27	1
	Durée (min.)	32874		12	15	8	23	120	1
Enregistrement	Fréquence (nombre)	907	8	2	3	1	4	27	1
	Durée (min.)	7125		6	12	3	15	103	1
Visite à domicile	Fréquence (nombre)	8	122	1	0	1	1	2	1
	Durée (min.)	975		120	81	73	154	240	15
Dépistage des patients à risque	Fréquence (nombre)	267	14	1	1	1	2	10	1
	Durée (min.)	3760		15	6	10	16	60	3
Fourniture d'informations_coord. soins	Fréquence (nombre)	1225	13	2	2	1	3	14	1
	Durée (min.)	15750		12	6	10	16	80	1
Médiation_coord. soins	Fréquence (nombre)	243	11	1	1	1	2	30	1

	Durée (min.)	2676		10	10	10	20	40	2
Orientation vers d'autres institutions_coord. soins	Fréquence (nombre)	307	13	1	1	1	2	7	1
	Durée (min.)	3917		10	8	8	15	120	2
Collaboration dans le cadre de la concertation sur le patient_coord. soins	Fréquence (nombre)	2093	18	3	3	1	4	25	1
	Durée (min.)	38097		15	20	10	30	250	2
Coordination des services d'aide et de soins_coord. soins	Fréquence (nombre)	588	17	2	1	1	2	8	1
	Durée (min.)	9750		15	10	10	20	240	2
Faire intervenir le réseau social_coord. soins	Fréquence (nombre)	220	11	1	1	1	2	6	1
	Durée (min.)	2404		10	9	6	15	30	1
Faire intervenir d'autres services d'aide et de soins_coord. soins	Fréquence (nombre)	612	10	2	2	1	3	20	1
	Durée (min.)	6171		10	8	7	15	60	3
Aide administrative_coord. soins	Fréquence (nombre)	454	13	1	1	1	2	11	1
	Durée (min.)	6077		10	7	8	15	120	1
Aide matérielle	Fréquence (nombre)	76	14	1	0	1	1	4	1
	Durée (min.)	1065		10	6	9	15	40	5
Fourniture d'informations_adm. soc.	Fréquence (nombre)	736	13	1	1	1	2	15	1
	Durée (min.)	9828		13	10	10	20	60	1
Médiation_adm. soc.	Fréquence (nombre)	72	15	1	0	1	1	3	1
	Durée (min.)	1075		10	5	10	15	60	5
Orientation vers d'autres institutions_adm. soc.	Fréquence (nombre)	151	12	1	0	1	1	4	1
	Durée (min.)	1838		10	8	7	15	40	3
Collaboration dans le cadre de la concertation sur le patient_adm. soc.	Fréquence (nombre)	579	11	2	2	1	3	120	1
	Durée (min.)	6288		10	7	8	15	110	2
Coordination des services d'aide et de soins_adm. soc.	Fréquence (nombre)	115	15	1	1	1	2	5	1
	Durée (min.)	1765		10	12	8	20	80	3
Aide administrative_adm. soc.	Fréquence (nombre)	572	15	1	1	1	2	14	1
	Durée (min.)	8719		12	12	8	20	160	2
Fourniture d'informations_adm. fin.	Fréquence (nombre)	339	12	1	1	1	2	6	1

	Durée (min.)	4171		10	5	10	15	60	3
Médiation_adm. fin.	Fréquence (nombre)	86	10	1	0	1	1	20	1
	Durée (min.)	895		10	5	10	15	60	5
Orientation vers d'autres institutions_adm. fin.	Fréquence (nombre)	71	10	1	0	1	1	3	1
	Durée (min.)	682		10	5	5	10	30	3
Collaboration dans le cadre de la concertation sur le patient_adm. fin.	Fréquence (nombre)	249	12	1	1	1	2	8	1
	Durée (min.)	3052		10	7	8	15	240	3
Coordination des services d'aide et de soins_adm. fin.	Fréquence (nombre)	48	15	1	0	1	1	3	1
	Durée (min.)	698		10	5	10	15	30	5
Aide administrative_adm. fin.	Fréquence (nombre)	268	15	1	1	1	2	6	1
	Durée (min.)	3912		13	5	10	15	120	2
Fourniture d'informations_jur. adm.	Fréquence (nombre)	93	16	1	0	1	1	4	1
	Durée (min.)	1495		10	9	10	19	60	5
Médiation_jur. adm.	Fréquence (nombre)	8	29	1	0	1	1	1	1
	Durée (min.)	235		20	28	10	38	70	10
Orientation vers d'autres institutions_jur. adm.	Fréquence (nombre)	22	12	1	0	1	1	2	1
	Durée (min.)	273		10	10	5	15	30	5
Collaboration dans le cadre de la concertation sur le patient_jur. adm.	Fréquence (nombre)	62	21	1	0	1	1	3	1
	Durée (min.)	1290		15	20	10	30	150	5
Coordination des services d'aide et de soins_jur. adm.	Fréquence (nombre)	6	13	1	0	1	1	2	1
	Durée (min.)	80		8	10	5	15	40	5
Aide administrative_jur. adm.	Fréquence (nombre)	21	15	1	0	1	1	3	1
	Durée (min.)	315		10	8	10	18	30	5
Fourniture d'informations_prévention	Fréquence (nombre)	138	12	1	2	1	3	7	1
	Durée (min.)	1710		10	7	9	15	120	3
Médiation_prévention	Fréquence (nombre)	9	12	1	0	1	1	2	1
	Durée (min.)	105		13	5	10	15	20	5
Orientation vers d'autres institutions_prévention	Fréquence (nombre)	14	8	1	0	1	1	3	1
	Durée (min.)	115		6	6	5	11	15	5

Collaboration dans le cadre de la concertation sur le patient_prévention.	Fréquence (nombre)	20	14	1	0	1	1	4	1
	Durée (min.)	280		10	15	8	23	60	5
Défense des intérêts individuels	Fréquence (nombre)	64	15	1	0	1	1	4	1
	Durée (min.)	950		15	10	10	20	60	4
Défense des intérêts collectifs	Fréquence (nombre)	9	17	1	0	1	1	1	1
	Durée (min.)	150		10	10	10	20	40	5
Signalement interne	Fréquence (nombre)	48	12	1	1	1	2	3	1
	Durée (min.)	595		10	5	10	15	30	3
Signalement externe	Fréquence (nombre)	7	16	1	0	1	1	1	1
	Durée (min.)	115		15	0	15	15	30	10
Participation à des formations	Fréquence (nombre)	106	222	1	0	1	1	1	1
	Durée (min.)	23522		180	270	90	360	490	10
Fourniture de formation	Fréquence (nombre)	7	76	1	0	1	1	1	1
	Durée (min.)	530		90	30	60	90	120	20
Consultation, conseil et accompagnement d'autres professionnels	Fréquence (nombre)	100	18	1	0	1	1	5	1
	Durée (min.)	1814		15	10	10	20	100	2
Réflexion sur la propre façon d'agir	Fréquence (nombre)	86	14	1	0	1	1	3	1
	Durée (min.)	1239		15	12	8	20	53	5
Planification du développement des compétences	Fréquence (nombre)	10	15	1	0	1	1	2	1
	Durée (min.)	153		10	13	8	20	50	3
Contribution à la formation d'étudiants	Fréquence (nombre)	190	22	1	1	1	2	20	1
	Durée (min.)	4096		24	20	15	35	120	4
Concertation sans lien avec le patient	Fréquence (nombre)	387	50	1	0	1	1	4	1
	Durée (min.)	19233		30	63	16	79	250	3
Contribution au développement de politique	Fréquence (nombre)	17	52	1	0	1	1	2	1
	Durée (min.)	885		45	30	30	60	90	10
Profilage et justification de la propre profession	Fréquence (nombre)	13	40	1	0	1	1	1	1
	Durée (min.)	525		15	45	15	60	120	10

Collaboration à des projets d'étude	Fréquence (nombre)	842	19	1	1	1	2	2	1
	Durée (min.)	15954		20	16	14	30	180	2
Temps réservé à soi	Fréquence (nombre)	868	31	1	1	1	2	2	1
	Durée (min.)	26798		30	23	23	45	228	1
Congé	Fréquence (nombre)	150	271	1	0	1	1	1	1
	Durée (min.)	40676		240	368	113	480	560	5
Déplacements	Fréquence (nombre)	1337	7	3	3	2	5	15	1
	Durée (min.)	9616		5	6	4	10	510	1
Activités liées à l'organisation et au service	Fréquence (nombre)	723	27	1	2	1	3	10	1
	Durée (min.)	19443		20	22	14	36	410	4

ANNEXE 15

RÉSULTATS DE L'ENREGISTREMENT DE LA FRÉQUENCE ET LA DURÉE

PARTIE FRANCOPHONE DU PAYS

Résultats de l'enregistrement de la fréquence et la durée dans la partie francophone du pays (370)									
		Total	Rapport durée/fréquence (min.)	Médiane	IQR	Q1	Q3	Max.	Min.
Soutien	Fréquence (nombre)	598		3	2	2	4	10	1
	Durée (min.)	7067	12	10	5	10	15	40	2
Médiation_psychosoc.	Fréquence (nombre)	40		1	1	1	2	3	1
	Durée (min.)	579	14	14	10	10	20	30	5
Accompagnement	Fréquence (nombre)	295		2	2	1	3	17	1
	Durée (min.)	3516	12	10	5	10	15	60	3
Traitement	Fréquence (nombre)	56		1	2	1	3	6	1
	Durée (min.)	556	10	10	3	7	11	20	5
Intervention de crise	Fréquence (nombre)	20		1	1	1	2	5	1
	Durée (min.)	285	14	10	10	10	20	60	10
Anamnèse psychosociale et enquête sociale	Fréquence (nombre)	651		2	3	1	4	14	1
	Durée (min.)	8665	13	15	10	10	20	120	3
Rapport social	Fréquence (nombre)	351		2	4	1	5	25	1
	Durée (min.)	2795	8	10	5	5	10	60	2
Gestion de dossier	Fréquence (nombre)	2560		7	7	4	11	48	1
	Durée (min.)	15291	6	7	6	5	11	120	1
Enregistrement	Fréquence (nombre)	1836		6	8	4	12	48	1
	Durée (min.)	6094	3	4	5	2	8	90	1
Visite à domicile	Fréquence (nombre)	3		3	0	3	3	3	3
	Durée (min.)	12	4	4	0	4	4	4	4
Dépistage des patients à risque	Fréquence (nombre)	122		3	3	1	4	12	1
	Durée (min.)	937	8	10	5	5	10	30	3
Fourniture d'informations_coord. soins	Fréquence (nombre)	862		3	3	2	5	45	1
	Durée (min.)	7444	9	10	8	7	15	40	1
Médiation_coord. soins	Fréquence (nombre)	65	9	1	2	1	3	9	1

	Durée (min.)	566		10	10	5	15	30	3
Orientation vers d'autres institutions_coord. soins	Fréquence (nombre)	319		2	2	1	3	11	1
	Durée (min.)	3312	10	10	8	7	15	60	4
Collaboration dans le cadre de la concertation sur le patient_coord. soins	Fréquence (nombre)	1154		3	4	2	6	30	1
	Durée (min.)	13618	12	10	19	6	25	120	1
Coordination des services d'aide et de soins_coord. soins	Fréquence (nombre)	202		2	2	1	3	7	1
	Durée (min.)	2234	11	10	8	8	15	45	3
Faire intervenir le réseau social_coord. soins	Fréquence (nombre)	203		2	2	1	3	5	1
	Durée (min.)	1915	9	10	8	5	13	50	3
Faire intervenir d'autres services d'aide et de soins_coord. soins	Fréquence (nombre)	279		2	2	1	3	10	1
	Durée (min.)	2560	9	10	5	5	10	25	3
Aide administrative_coord. soins	Fréquence (nombre)	245		2	2	1	3	7	1
	Durée (min.)	2090	9	10	8	5	13	30	2
Aide matérielle	Fréquence (nombre)	44		1	1	1	2	5	1
	Durée (min.)	453	10	10	5	5	10	60	5
Fourniture d'informations_adm. soc.	Fréquence (nombre)	267		1	1	1	2	12	1
	Durée (min.)	2505	9	10	10	5	15	40	3
Médiation_adm. soc.	Fréquence (nombre)	13		2	2	1	3	3	1
	Durée (min.)	170	13	15	18	8	25	30	5
Orientation vers d'autres institutions_adm. soc.	Fréquence (nombre)	100		1	1	1	2	6	1
	Durée (min.)	780	8	10	5	5	10	20	3
Collaboration dans le cadre de la concertation sur le patient_adm. soc.	Fréquence (nombre)	76		1	1	1	2	7	1
	Durée (min.)	835	11	10	8	7	15	60	5
Coordination des services d'aide et de soins_adm. soc.	Fréquence (nombre)	13		1	0	1	1	4	1
	Durée (min.)	125	10	10	3	8	10	20	5

Aide administrative_adm. soc.	Fréquence (nombre)	163		1	2	1	3	7	1
	Durée (min.)	1915	12	10	6	10	16	60	5
Fourniture d'informations_adm. fin.	Fréquence (nombre)	321		2	2	1	3	28	1
	Durée (min.)	2691	8	10	8	5	13	35	2
Médiation_adm. fin.	Fréquence (nombre)	4		1	0	1	1	1	1
	Durée (min.)	30	8	8	5	5	10	10	5
Orientation vers d'autres institutions_adm. fin.	Fréquence (nombre)	62		1	1	1	2	5	1
	Durée (min.)	390	6	6	5	5	10	15	3
Collaboration dans le cadre de la concertation sur le patient_adm. fin.	Fréquence (nombre)	78		2	1	1	2	11	1
	Durée (min.)	755	10	8	7	5	12	155	2
Coordination des services d'aide et de soins_adm. fin.	Fréquence (nombre)	18		1	0	1	1	2	1
	Durée (min.)	340	19	10	6	9	15	150	5
Aide administrative_adm. fin.	Fréquence (nombre)	150		1	1	1	2	15	1
	Durée (min.)	1815	12	10	8	8	15	60	3
Fourniture d'informations_jur. adm.	Fréquence (nombre)	78		1	1	1	2	4	1
	Durée (min.)	922	12	10	6	10	15	45	3
Médiation_jur. adm.	Fréquence (nombre)	6		1	0	1	1	1	1
	Durée (min.)	60	10	10	4	6	10	20	5
Orientation vers d'autres institutions_jur. adm.	Fréquence (nombre)	23		1	0	1	1	2	1
	Durée (min.)	212	9	10	5	5	10	23	5
Collaboration dans le cadre de la concertation sur le patient_jur. adm.	Fréquence (nombre)	19		1	1	1	2	2	1
	Durée (min.)	300	16	10	10	10	20	50	5
Coordination des services d'aide et de soins_jur. adm.	Fréquence (nombre)	7		1	0	1	1	2	1
	Durée (min.)	200	29	28	20	10	30	60	5
Aide administrative_jur. adm.	Fréquence (nombre)	26		1	0	1	1	3	1
	Durée (min.)	288	11	10	6	10	15	45	5

Fourniture d'informations_prévention	Fréquence (nombre)	68		2	2	1	3	5	1
	Durée (min.)	535	8	8	5	5	10	20	5
Médiation_prévention	Fréquence (nombre)	1		1	0	1	1	1	1
	Durée (min.)	10	10	10	0	10	10	10	10
Orientation vers d'autres institutions_prévention	Fréquence (nombre)	8		1	0	1	1	2	1
	Durée (min.)	113	14	8	8	5	13	60	5
Collaboration dans le cadre de la concertation sur le patient_prévention.	Fréquence (nombre)	19		2	2	2	3	4	1
	Durée (min.)	350	18	17	23	10	33	60	8
Défense des intérêts individuels	Fréquence (nombre)	18		1	0	1	1	2	1
	Durée (min.)	271	15	13	21	9	30	30	4
Défense des intérêts collectifs	Fréquence (nombre)	7		1	0	1	1	2	1
	Durée (min.)	140	20	30	15	15	30	30	5
Signalement interne	Fréquence (nombre)	6		1	0	1	1	1	1
	Durée (min.)	55	9	10	0	10	10	10	5
Signalement externe	Fréquence (nombre)	9		1	0	1	1	2	1
	Durée (min.)	160	18	10	6	10	16	60	10
Participation à des formations	Fréquence (nombre)	9		1	0	1	1	1	1
	Durée (min.)	2745	305	360	450	30	480	480	30
Fourniture de formation	Fréquence (nombre)	1		1	0	1	1	1	1
	Durée (min.)	480	480	480	0	480	480	480	480
Consultation, conseil et accompagnement d'autres professionnels	Fréquence (nombre)	193		3	3	1	4	9	1
	Durée (min.)	2265	12	11	12	8	20	95	4
Réflexion sur la propre façon d'agir	Fréquence (nombre)	26		1	0	1	1	5	1
	Durée (min.)	465	18	10	10	10	20	180	3
Planification du développement des compétences	Fréquence (nombre)	3		2	1	1	2	2	1
	Durée (min.)	280	93	130	110	75	185	240	20
Contribution à la formation d'étudiants	Fréquence (nombre)	53	26	1	1	1	2	4	1

	Durée (min.)	1360		20	16	15	31	120	5
Concertation sans lien avec le patient	Fréquence (nombre)	50		1	0	1	1	10	1
	Durée (min.)	1095	22	30	16	14	30	120	4
Contribution au développement de politique	Fréquence (nombre)	9		1	0	1	1	1	1
	Durée (min.)	500	56	30	20	10	30	210	10
Profilage et justification de la propre profession	Fréquence (nombre)	42		1	1	1	2	6	1
	Durée (min.)	470	11	15	13	8	20	30	5
Collaboration à des projets d'étude	Fréquence (nombre)	276		1	0	1	1	2	1
	Durée (min.)	9055	33	30	15	15	30	370	5
Temps réservé à soi	Fréquence (nombre)	213		1	0	1	1	2	1
	Durée (min.)	5895	28	30	0	30	30	90	5
Congé	Fréquence (nombre)	54		1	0	1	1	1	1
	Durée (min.)	21012	389	456	120	360	480	480	60
Déplacements	Fréquence (nombre)	16		1	1	1	2	2	1
	Durée (min.)	885	55	30	35	26	61	240	10
Activités liées à l'organisation et au service	Fréquence (nombre)	179		1	1	1	2	30	1
	Durée (min.)	3145	18	15	20	10	30	270	1